હૃદયની સંભાળ : વધુ વિચારણા

ડૉ. ઓ. ટી. સામાણી

પરિચય પુસ્તિકા પ્રવૃત્તિ : ૧૭
સંપાદક : યશવંત દોશી

આ પુસ્તિકાઓ માટે મુખ્ય વિક્રેતા
ગૂર્જર ગ્રંથરત્ન કાર્યાલય, ફુવારા સામે, અમદાવાદ-૧

પ્રકાશક
જયવદન તકતાવાળા
પરિચય પુસ્તિકા પ્રવૃત્તિ,
રુસ્તમ હાઉસ, ચોથે માળે,
૨૯, વીર નરીમાન રોડ, મુંબઈ-૧

મુદ્રક
મણિલાલ છગનલાલ શાહ
નવપ્રભાત પ્રિન્ટિંગ પ્રેસ, ઘીકાંટા રોડ, અમદાવાદ

પહેલી આવૃત્તિ

ચાલીસ નવા પૈસા   ડિસેમ્બર : ૧૯૫૮

કવર- ન તન્ના

હૃદયની સંભાળ : વધુ વિચારણા

હૃદયરોગના કેટલાક પ્રકારોનો વિચાર આપણે આગળની પુસ્તિકામાં કરી ગયા છીએ. હૃદયનો સંધિવા, કોરોનરી થ્રોમ્બોસીઝ અથવા હાર્ટઍટેક, એન્જાયના અથવા છાતીનું દર્દ કેવી રીતે થાય છે તે આપણે સમજી લીધું છે. આ પુસ્તિકામાં આપણે બીજાં કેટલાંક કારણોથી થતા હૃદયરોગની ચર્ચા કરીશું.

લોહીનું ઊંચું દબાણ (હાઈ બ્લડપ્રેશર)

હૃદયરોગનું એક કારણ લોહીનું ઊંચું દબાણ છે. એને લીધે હૃદયરોગ કેવી રીતે થાય છે તે વિચારતાં પહેલાં લોહીનું દબાણ એટલે શું તે આપણે સમજવું જોઈએ.

લોહીનું દબાણ એ ખરી રીતે કોઈ રોગ નથી. લોહીના દબાણ વિના માણસ જીવી જ શકે નહિ. એટલે દરેક માણસના શરીરમાં લોહીનુ દબાણ તો હોય જ. એ દબાણ સમધારણ (નૉર્મલ) હોય, ઊંચું (હાઈ) હોય.

કે નીચું (લો) હોય. જ્યારે કોઇ બ્લડપ્રેશરના રોગની વાત કરે છે ત્યારે ત્યાં બ્લડપ્રેશરનો અર્થ હાઈ બ્લડપ્રેશર અથવા લોહીનું ઊંચું દબાણ એવો હોય છે. પણ ઊંચા દબાણની વાત કરતાં પહેલાં લોહીનું દબાણ એટલે શું તે જરા જોઈ લઈએ. તે સાથે સમધારણ (નૉર્મલ) દબાણ એટલે શું તે પણ સમજી લઈએ.

લોહીની નળીઓમાં જે લોહી વહે છે તેના વહેણનું દબાણ તે લોહીનું દબાણ કહેવાય છે. નળમાં પાણી ઓછું આવે ત્યારે આપણે કહીએ છીએ કે પાણીનું દબાણ ઓછું છે. દબાણ હોય તો જ પાણી પાઈપમાં આગળ ચાલી શકે. એવું જ લોહીનું છે. દબાણ ન હોય તો લોહી નસોમાં ફરી શકે જ નહીં.

તમે કોઈ માળીને બગીચામાં વૃક્ષોને પાણી પાતો જોયો હશે. એની રબરની નળીમાં અમુક દબાણ આવે ત્યાં સુધી પાણીનું વહેણ ચાલ્યા કરે છે. તમે એ પણ જોયું હશે કે માળી કોઈ વાર નળીના મોઢા પર આંગળી મૂકી મોઢું અડધું બંધ કરી દે છે ત્યારે પાણીની સેર વધુ આઘે સુધી જાય છે. એનું કારણ એ છે કે મોઢું થોડું બંધ થવાથી અંદરનું દબાણ વધે છે.

પણ આ પાણીનું મૂળ દબાણ તો પાણીના નળમાંથી કે ટાંકીમાંથી આવે છે. એ દબાણ ન હોય તો નળીને મોઢે આંગળી મૂકો તો પણ અંદરનું દબાણ વધે નહીં.

આ પ્રમાણે મનુષ્યના શરીરમાં દબાણ ચાલુ રાખનારાં બે તત્ત્વો છે: એક તો પમ્પ તરીકે કામ કરતા

હૃદયની શક્તિ (જેને પાણીની ટાંકી સાથે સરખાવી શકાય); અને બીજું લોહીની નળીઓની પ્રતિકારની શક્તિ. જો આ લોહીની નળીઓ જરાક વાર સંકોચાય અથવા ધીમે ધીમે વધારે ને વધારે કઠણ બની સાંકડી થતી જાય તો તે એની અંદર ફરતા લોહીનો પ્રતિકાર કરે અને તેથી લોહીનું દબાણ વધી જાય. હૃદયને કાયમ લોહીને ધક્કો તો મારવો જ પડે છે પણ આ સંજોગોમાં એને પ્રતિકારની સામે વધારે જોરથી ધક્કો મારવો પડે.

જેમ એક કસરતબાજના કે લુહારના સ્નાયુઓ સતત પરિશ્રમથી ખીલીને મોટા ગોટલા જેવા થાય છે તેવી જ રીતે હૃદયના સ્નાયુઓ પણ પ્રતિકાર સામે ધક્કો મારવાના આવા સતત પરિશ્રમથી ફૂલે છે; એટલે કે હૃદય મોટું થતું જાય છે. પણ પછી એક એવી સ્થિતિ આવે છે કે હૃદયની વધવાની શક્તિ ખલાસ થઈ જાય છે. પછી હૃદય વધારે મોટું થઈ શકતું નથી.

તે પછી એ અંદરથી ખેંચાઈને ફૂલવા માંડે છે. એનો અર્થ એ કે હૃદયનું પમ્પ તરીકેનું કામ થઈ શકતું નથી. આવું થાય ત્યારે હૃદય શરીરમાંથી આવતા અસ્વચ્છ લોહીને પૂરેપૂરું ગ્રહણ કરી શકતું નથી. પરિણામે એ અસ્વચ્છ લોહી શરીરમાં જોઈએ તે કરતાં વધારે વખત જમા રહે છે.

લોહીનું દબાણ કેવી રીતે મપાય છે?

લોહીનું દબાણ માપનાર યંત્રમાં એક રબરનો પટો હોય છે. ડૉક્ટર એ પટો તમારા બાવડા પર વીંટે છે

અને પછી એમાં હવા ભરે છે. એની સાથે સાથે પારાની શીશીમાં પણ હવા ભરાય છે. એટલે બંનેમાં સરખું દબાણ રહે છે. બાવડા પરના પટામાં વધારે ને વધારે હવા ભરવામાં આવે છે. તેની નીચેની લેાહીની નળીમાં લેાહી ફરતું બંધ થઈ જાય ત્યાં સુધી હવા ભરાય છે. તે પછી ડૉક્ટર ધીમે ધીમે યંત્રનેા સ્ક્રૂ ઢીલેા કરીને દબાણ ઓછું કરે છે. અમુક દબાણે પહેાંચતાં રક્તનેા પ્રવાહ ફરી ચાલુ થઈ જાય છે. અને એ વખતે રક્તવાહિનીમાં એક લાક્ષણિક અવાજ સંભળાય છે. ડૉક્ટર પેાતાની ભૂંગળી (સ્ટેથેાસ્કેાપ)–થી એ અવાજ સાંભળે છે. હવે આ દબાણ પારાની શીશીમાં પણ વાંચી શકાય છે. આ દબાણને "ઉપરનું" દબાણ અથવા "સિસ્ટૉલિક" બ્લડપ્રેશર કહે છે. બીજી રીતે કહીએ તેા આ જે વખતે હૃદય સંકેાચાતું હેાય અને એ રીતે લેાહીને નળીઓમાં ધકેલતું હેાય તે વખતનું અમુક રક્તવાહિનીમાંનું દબાણ છે. પટામાંનું દબાણ વધારે ઘટાડતાં જતાં એવી સ્થિતિ આવે છે કે ડૉક્ટરને જે અવાજ સંભળાતેા હતેા તે બંધ થઈ જાય છે. આ દબાણ તે "નીચેનું" અથવા "ડાયાસ્ટૉલિક બ્લડપ્રેશર" છે. હૃદય જ્યારે સંકેાચાવાનું મૂકી દેતું હેાય અથવા આરામ લેવાની સ્થિતિમાં હેાય તે વખતે દેખાતું દબાણ તે આ "નીચેનું" દબાણ છે. આ દબાણ પણ પારાની શીશીમાં વાંચી શકાય છે. આ રીતે દબાણનેા "ઉપરનેા" આંક સિસ્ટૉલિક બ્લડપ્રેશર અને "નીચેનેા" આંક ડાયાસ્ટૉલિક બ્લડપ્રેશર કહેવાય છે.

લોહીનું દબાણ ચોવીસે કલાક એકસરખું રહેતું નથી. તે કલાકે કલાકે અથવા રોજરોજ બદલાયા કરે છે. ઉશ્કેરાટ, ભય અથવા માનસિક પરિશ્રમથી દબાણ વધે છે અને આરામ, ઊંઘ તથા શાતાદાયક દવાઓથી દબાણ ઘટે છે.

સમધારણ દબાણ (નૉર્મલ બ્લડપ્રેશર)

લોહીના કેટલા દબાણને સમધારણ (નૉર્મલ) ગણવું એ વિષે ડૉક્ટરોમાં એક મત નથી. પણ એ વિશેનો મતભેદ અત્યંત અલ્પ છે.

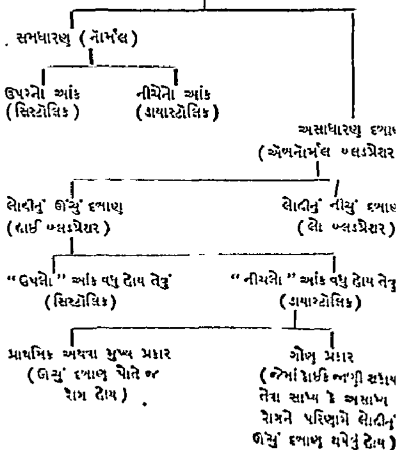
પુખ્ત વયના માણસો કરતાં બાળકોમાં લોહીનું દબાણ ઓછું હોય છે. પણ લગભગ ૨૧ વર્ષની વય પછી સાધારણ રીતે લોહીના દબાણમાં ફેર પડતો નથી. જે એવી લોકવાયકા છે કે લોહીના દબાણનો ઉપરનો આંક (સિસ્ટોલિક બ્લડપ્રેશર) તમારી ઉંમરનાં વર્ષ વત્તા ૧૦૦ હોવો જોઈએ તે વાત સાચી નથી. વળી એક જ વાર લીધેલા "ઉપરના" આંકની કશી કિંમત નથી.

વ્યવહારુ દૃષ્ટિએ એમ કહી શકાય કે એકાદ વાર નહિ પણ વારંવાર માપ્યા પછી પણ લોહીના દબાણનો "ઉપરનો" આંક ૧૪૦ અથવા તેથી વધુ આવે અથવા તો "નીચેનો" આંક ૯૦ કે તેથી વધારે આવે તો તે કોઈ પણ વયના મનુષ્ય માટે સમધારણ (નૉર્મલ) કરતાં ચોક્કસ વધારે કહેવાય.

સાથે આપેલા કોઠા પરથી લોહીના દબાણના પ્રકારો અને પેટા-પ્રકારો સમજાશે. એમાંથી અહીં આપણે પ્રાથમિક અથવા મુખ્ય પ્રકારની ચર્ચા કરવાની છે.

લોહીના દબાણનો કોઠો

લોહીનું દબાણ



એટલું ખાસ યાદ રાખવાની જરૂર છે કે તમને લોહીનું ઊંચું દબાણ હોય એટલાથી જ તમારી જિન્દગી જોખમમાં નથી. તમે ખાસ્સું લાંબું અને ઉપયોગી જીવન ગાળી શકો. તમે ગભરાઈ જાઓ કે ઊંચા દબાણથી ભવિષ્યમાં નુકસાન થવાની ચિંતા કરો તો તેથી તો ઊલટું લોહીનું દબાણ વધી જાય.

ઊંચા દબાણનું કારણ શું ?

લોહીનું ઊંચું દબાણ શાથી થાય છે એવો પ્રશ્ન સ્વાભાવિક રીતે ઊઠે જ. પણ મુશ્કેલી એ છે કે ઊંચું દબાણ કેવી રીતે થાય છે (એટલે કે શરીરનાં અંગોમાં શું શું બને છે) એ વિષે ઘણું જાણી શકાયું છે પણ એ શાથી થાય છે એ વિષે બહુ થોડું જાણી શકાયું છે. લોહીના પ્રાથમિક ઊંચા દબાણનાં કારણો શોધવા માટે ઘણું સંશોધન થઈ રહ્યું છે પણ આજ સુધી કશો સંતોષ જનક જવાબ મળ્યો નથી.

ઉપર કહ્યું છે તેમ લોહીની નાની નસો સંકોચાય છે તેથી લોહીના પ્રવાહ સામેનો પ્રતિકાર વધે છે. એથી લોહીનું દબાણ વધે છે. પણ અમુક માણસની લોહીની નસો આમ શાથી સાંકડી થઈ જાય છે અને બીજા માણસોની નસો સાંકડી કેમ નથી થઈ જતી એ સમજાયું નથી. એના કેટલાક શક્ય ખુલાસા છે. માબાપ પાસેથી મળેલી શરીરની વારસાગત ખાસિયત, કૌટુંબિક વારસો, ચિંતા અને ભય જેવી જ્ઞાનતંતુઓ ઉપર બોજો નાખતી બાબતો વગેરે ઉપર ઊંચા દબાણનો દોષ ઢોળવામાં આવે છે. અને

અમુક કિસ્સાઓમાં એની સાબિતી પણ હોય છે. પણ કેટલાયે કિસ્સાઓમાં કારણ નથી જડતું.

લોહીનું ઊંચું દબાણ હંમેશાં ગંભીર રોગ હોય એમ નથી. ખાસ કરીને દબાણનો "નીચલો" આંક અતિશય વધારે હોય એટલે કે ડાયાસ્ટોલિક બ્લડપ્રેશર વધારે પ્રમાણમાં હોય અને ઊંચા દબાણ સામે હૃદય અને લોહીની નસોનો પ્રતિકાર શિથિલ બની ગયો હોય તો એ ગંભીર હોઈ શકે.

તમારું લોહીનું દબાણ થોડુંક વધારે રહેતું જ હોય એવું પણ બને. એ ધીમે ધીમે (કોઈ વાર તો વર્ષો સુધી) વધ્યા કરે અને કોઈ વાર બિલકુલ ન પણ વધે. જેમ ચહેરાની સમાનતા, આંખોનો રંગ વગેરે વારસામાં મળે છે એમ "મજબૂત" હૃદય અને લોહીની નસો પણ કદાચ વારસામાં મળતાં હશે. એવી જ રીતે લોહીના ઊંચા દબાણનું બીજ પણ વારસામાં મળતું હશે.

લોહીનું ઊંચું દબાણ (હાઈ બ્લડપ્રેશર) અને હૃદયરોગ

લોહીનું ઊચું દબાણ હૃદયરોગ કેવી રીતે ઉત્પન્ન કરી શકે? ઉપર કહેવાઈ ગયું છે તેમ વખત જતાં હૃદય ફૂલી જાય છે અને લોહીની નસો કઠણ બની સાંકડી થઈ જાય છે. હવે હૃદય અને નસોને લાગતો આ પરિશ્રમ અને ઘસારો વધારે હોય તો કોઈક નસ તૂટી પણ જાય. નસો સંકોચાવાથી અને લોહી પૂરતું ન પહોંચવાથી હૃદય, મૂત્રપિંડો, મગજ વગેરે મહત્ત્વનાં અંગો બરાબર કામ કરી શકતાં નથી.

કેટલીક વાર કઠણ થઈ ગયેલી નસોમાં લોહીના લચકા (કલોટ) થઈ જાય છે. હવે એ નસ જો હૃદયના સ્નાયુઓમાં લોહી ફેરવતી નસ હોય તો આ સ્થિતિ હૃદયરોગનો હુમલો (હાર્ટએટેક) બની રહે છે. એ નસ મગજની નસ હોય તો આ સ્થિતિ લકવા (પેરેલિસિસ અથવા સ્ટ્રોક) કહેવાય છે.

લોહીના ઊંચા દબાણમાં શું કરવું ?

લોહીના ઊંચા દબાણની શંકા થાય ત્યારે સૌથી પહેલાં તો ડોકટર પાસે જઈ ખરેખર ઊંચું દબાણ છે કે નહિ તેની ખાતરી કરાવવી. ઉપર કહ્યું છે તેમ એકાદ વાર દબાણ માપવાથી કશો અર્થ સરે નહિ. ડૉકટર બરાબર ખાતરી કરશે, ઊંચું દબાણ હશે તો તે કયા પ્રકારનું છે તે પણ શોધી કાઢશે અને તમને સાચું માર્ગદર્શન આપશે.

લોહીનું ઊંચું દબાણ ધરાવતા માણસે દબાણની સપાટી (લેવલ)ની આસપાસ જ પોતાનું જીવન વીંટી દેવું સારું નથી. દબાણની વાતને મનમાં ઘર કરવા ન દો. તમે અમુક અમુક સમયે ડોકટર પાસે તપાસ કરાવો તે બરાબર છે. એવી તપાસ નિયમિત રીતે કરાવવી જ જોઈએ. પણ વારેઘડીએ ડોકટર પાસે જઈ લોહીનું દબાણ માપવા હાથ લાંબો ન કરશો. તેમાં કશો લાભ નથી. બેચાર પોઈન્ટ દબાણ વધ્યું હશે તો તમને નકામી

ચિંતા થશે અને તમે દુઃખી થશો. તમારા ડૉક્ટર તો સમજે જ કે એવા જરાતરા વધારાની કંઈ કિંમત નથી.

પોતાને લોહીનું ઊંચું દબાણ (હાઈ બ્લડપ્રેશર) છે એવી શંકા ક્યારે થાય?

ઘણા લોકોને આ રોગનો ખ્યાલ આવતો નથી. ડૉક્ટર બીજી કોઈ ફરિયાદ અંગે તપાસ કરતા હોય તે વખતે અકસ્માત આ રોગનો ખ્યાલ આવે છે. અથવા જિન્દગીનો વીમો ઉતરાવવા માટે દાકતરી તપાસ કરાવતી વખતે ખબર પડે છે કે લોહીનું દબાણ ઊંચું છે. એક વાર મેં હૃદયરોગના ૨૦૮૧ દર્દીઓની તપાસ કરેલી. તેમાં ૨૦.૬ ટકા દર્દીઓનો હૃદયરોગ લોહીના ઊંચા દબાણને લીધે થયેલો હતો. માથાનો દુખાવો, બેચેની, યાદશક્તિ ઘટી જવી, શ્વાસ ચડી આવવો, આંખોની નબળાઈ, છાતીનો દુઃખાવો, ચીડિયો સ્વભાવ, ખાસ કરીને રાતે પેશાબની વધારે પડતી હાજત, આંચકી, બેહોશી અને અણધાર્યો પક્ષાઘાત પણ લોહીના ઊંચા દબાણને લીધે હોઈ શકે છે. આમાંથી કોઈ પણ એક કે વધુ ફરિયાદો હોય તો પણ લોહીનું ઊંચું દબાણ હશે એમ ચોકકસપણે કહી શકાય નહિ. એ ફરિયાદો બીજાં અનેક કારણોને લીધે હોય અને લોહીનું દબાણ સાવ સમધારણ (નૉર્મલ) હોય એમ પણ બની શકે. વળી ઉપરની કોઈ ફરિયાદો હોય તો તમારે પોતે જ કોઈ ભળતો ખ્યાલ બાંધી દેવો નહિ. તમારા ડૉક્ટરને જ એ નક્કી કરવા દેવું.

લોહીનું દબાણ ઊંચું હોય અને તેની બીજી કોઈ અસર ન હોય તો તેની ચિકિત્સા કેવી રીતે કરવી ?

ઊંચું દબાણ કોઈ સમજી શકાય તેવા કારણને લીધે હોય તો તે કારણ મટાડવાનો ઉપાય કરવો જોઈએ. પણ એવું કોઈ કારણ ન હોય તો "મટાડવું" એ શબ્દ બરાબર ન ગણાય. એવે વખતે લોહીનું દબાણ જોખમી પ્રમાણ કરતાં ઓછું કરવાનો પ્રયત્ન કરવો જોઈએ. એ માટે તો અત્યારે ઢગલાબંધ દવાઓ મળે છે. અને એમાંની કેટલીક તો સદ્‌ભાગ્યે સારી અસર કરે છે. આમાંથી કઈ દવા લેવી, કેટલી લેવી અને લેતી વેળા શું ધ્યાન રાખવું તે બધી વિગત તમારા ડૉકટરને નક્કી કરવા દેવી.

આ રોગ માટે કેટલાક સામાન્ય નયમો ધ્યાનમાં રાખવા જેવા છે.

તમારી ફરિયાદને લોહીના દબાણની સપાટી (લેવલ) સાથે સંબંધ છે એ વાત મનમાંથી કાઢી નાખો.

શાંતિ, સ્વસ્થતા અને જીવન પ્રત્યે અનાસક્ત દષ્ટિ લોહીના દબાણને નીચું લાવવામાં મદદ કરે છે.

તમારું વજન વધારે હોય તો ઘટાડો, પણ એ માટે ડૉકટરના કહેવા પ્રમાણે કરજો. વધારે જાડા તો થશો જ નહિ. લોહીનું ઊંચું દબાણ, કોરોનરી હૃદયરોગ, મધુપ્રમેહ (ડાયાબિટીસ) અને એવા બીજા કેટલાક રોગો જાડા માણસને જલદી થાય છે.

ચિંતા, ભય, ગુસ્સો, તમાકુનો કોઈપણ રીતનો ઉપ-

યોગ, વધારે પડતી મહેનત, મોટરનો વધારે પડતો પ્રવાસ, અતિશય આહાર, શરાબનો વધુ પડતો ઉપયોગ, સાવ ઓછી ઊંઘ, ખૂબ મહેનત પડે તેવી કસરત અને રમતગમત તથા સખત તડકો એ બધી વસ્તુઓથી દૂર રહો.

નોકરી ધંધો એવો શોધો કે જેમાં બહુ ઘર્ષણ, હરીફાઈ, ઉગ્ર ચર્ચા, મોડી રાત સુધીનું કામ અને સખત શારીરિક કે માનસિક મહેનત ન હોય.

માનસિક અને શારીરિક રીતે હળવા ફૂલ જેવા બની જતાં શીખો. રાતે નવ-દસ કલાક પથારીમાં સૂઈ રહો અને આઠેક કલાક બરાબર ઊંઘો. બપોરના જમ્યા પછી આડા પડવું એ પણ લાભદાયક છે. રાતે ગરમ પાણીએ નહાવું સારું છે.

કુટુંબજીવન વ્યવસ્થિત બનાવો. રજાનો દિવસ ઘરમાં જ ગાળવો સારો છે. બહાર જાઓ તો એવે સ્થળે જાઓ જ્યાં જવામાં બહુ મહેનત ન પડે અને ગયા પછી શીતળ છાયામાં દિવસ પસાર કરી શકાય.

અમુક અમુક વખતે થોડા દિવસની રજા લેવી લાભદાયક છે. દર ત્રણ મહિને એકાદ અઠવાડિયાની રજા લેવી એ સલાહભરેલું છે.

તમારુ પેટ સાફ રાખવાની ટેવ પાડો. જરૂર પડે પડે તો કોઈ કોઈ વાર હળવો જુલાબ લેવો.

ખોરાક સાદો પણ પૌષ્ટિક લેવો. કેટલાક માણસો મીઠું અને પ્રોટીન લેવાનું ઓછું કરે તો તેમનું લોહીનું

દબાણ ઘટે છે. પણ ખોરાકની સમતુલા બરાબર જળવાય એ રીતે આહારની ગોઠવણ કરવી જોઈએ.

હવાઈ પ્રવાસ કરવાની ના નથી, પણ લોહીના દબાણનો ઉપલો આંક ૨૦૦ અને નીચલો ૧૨૦ જેટલો ઊંચો હોય તો હવાઈ પ્રવાસ ન કરવો. આમાં પણ લોહીના ઊંચા દબાણની બીજી કશી અસર પણ છે કે નહિ તે તમારા ડૉક્ટર જ નક્કી કરી શકે. કોરોનરી હૃદયરોગ હોય તો વિમાનની મુસાફરી ન કરવી. કરવી જ હોય તો વિમાનની અંદર હવાનું દબાણ અમુક હદ સુધી જ રાખેલું છે કે નહિ (પ્રેશરાઈઝડ કેબિન છે કે નહિ) તેની ખાતરી કરી લેવી.

કેટલીક વાર લોહીના દબાણના અમુક કિસ્સામાં ઉપચાર તરીકે વાઢકાપ (ઑપરેશન) કરવાની જરૂર પડે છે. પણ એ નક્કી કરવાનું કામ તમારા ડૉક્ટરનું છે.

અમુક માણસને ભવિષ્યમાં લોહીનું ઊંચું દબાણ થવાનો સંભવ છે એમ જાણી શકાય ખરું ?

જેમાં કોઈક જાણી શકાય તેવા સાધ્ય કે અસાધ્ય રોગને પરિણામે લોહીનું ઊંચું દબાણ થયું હોય તેવા દબાણને આપણે ઉપર ગૌણ પ્રકારનું લોહીનું દબાણ કહ્યું છે. આ ગૌણ પ્રકારનું લોહીનું દબાણ અમુક માણસને ભવિષ્યમાં થશે કે નહિ તે કહેવું શક્ય નથી. લોહીના ઊંચા દબાણના કુલ કિસ્સાઓમાં આ પ્રકારના કિસ્સા ૧૦–૧૫ ટકા જેટલા હોય છે.

જેમાં ઊંચા દબાણનું ચોક્કસ કારણ નથી જડતું

આવતું અસ્વચ્છ લેાહી ગ્રહણ કરી શકે નહિ. પરિણામે આ અસ્વચ્છ લેાહી શરીરમાં જમા થતું જાય અને તેની ખરાબ અસર થાય. સેામાંથી પચાસ કિસ્સા આ જાતના હેાય છે.

૨. લગભગ વીસ ટકા જેટલા કિસ્સાઓમાં હૃદયની નસેા (કૅારેાનરી નસેા)માંનું લેાહી જામી જાય છે અને કૅારેાનરી થ્રોમ્બેાસીઝ અથવા હાર્ટએટેક થાય છે અને માણસની જિન્દગી ખતમ કરી નાખે છે.

૩. વીસ ટકા જેટલાં મૃત્યુ મગજની નસેામાં લેાહી જામી જવાથી થાય છે. આ નસેામાં લેાહી જામી જવાથી ભાન ચાલ્યું જાય છે અને લકવા થઈ જાય છે.

૪. બીજાં વીસ ટકા જેટલાં મૃત્યુ શરીરનાં બીજાં અંગેામાં લેાહી જામી જવાથી થાય છે.

૫. કેટલાક દર્દીઓનાં મૂત્રપિંડેા કામ કરતાં અટકી જાય છે. આથી શરીરનેા કચરેા એકઠેા થાય છે અને તેમાંથી ઝેર ઉત્પન્ન થતાં આસ્તે આસ્તે માણસનું અવસાન થાય છે. લેાહીના ઊંચા દબાણને લીધે થતાં કુલ મૃત્યુમાંથી ૧૦ ટકા મૃત્યુ આ અને બીજાં નાનાં કારણેાને લીધે થાય છે

પણ અહીં ફરી એ વાત કહેવાની જરૂર છે કે માણસ રેાગને બરાબર સમજી લે અને યેાગ્ય ઉપાય કરે તેા આમાંની કેાઈ પણ અસર ન થાય.

ફેફસાં વગેરેના દર્દોથી થતા હૃદયરેાગેા

કેટલીક વાર ફેફસાંનું દર્દ, લાંબા વખતની સસણી,

લાંબા સમયની ખાંસી, લાંબા કાળથી ચાલતો દમ, છાતીનાં હાડકાંની ખોડ અને એવાં બીજાં કારણોને લીધે હૃદયરોગ થાય છે.

આગળની પુસ્તિકામાં આપણે જોઈ ગયા છીએ કે આખા શરીરમાંથી અશુદ્ધ લોહી શુદ્ધ થવા માટે "પલ્મોનરી આર્ટરી" નામની મુખ્ય નસમાં થઈને ફેફસાંમાં જાય છે. આ મુખ્ય નસના વધુ ને વધુ ફાંટા પડતા જાય છે. આ ફાંટા તે અનેક રક્તવાહિનીઓ અને કેશવાહિનીઓ. આ બારીક નસો ફેફસાંના અત્યંત બારીક ભાગોમાંથી પસાર થાય છે અને નરી આંખે તે જોઈ શકાતી નથી, પણ સૂક્ષ્મદર્શક યંત્રથી જ જોઈ શકાય છે.

હવે ફેફસાંનો કોઈ પણ રોગ ફેફસાંની અંદરથી પસાર થતી સૂક્ષ્મ નસોને દબાવે તે સંભવિત છે. આવી નસો થોડો વખત જ દબાય અને જ્યાં સુધી હૃદય જાતે તંદુરસ્ત હોય ત્યાં સુધી તો ખાસ વાંધો આવતો નથી. પણ જો ફેફસાંનો આવો રોગ લાંબો સમય ચાલે અને તેને લીધે ફેફસાંમાં કોઈ કાયમી ફેરફાર થઈ જાય તો સૂક્ષ્મ રક્તવાહિનીઓ પણ ફેફસાંની રોગયુક્ત કામગીરીમાં સપડાય છે અને દબાઈને સંકોચાય છે. ઝાડને પાણી પાવાની માળીની પાઈપનો જે સિદ્ધાંત ઉપર સમજાવ્યો છે તે અહીં લાગુ પડે છે. આવી રીતે રક્તવાહિનીઓ પર બહારથી (ફેફસાંની બિમારીથી) દબાણ આવે એટલે તેની અંદરનું લોહીનું દબાણ (બ્લડપ્રેશર) વધે. પરિણામે હૃદયના જમણા ભાગનું નીચલું ખાનું જે ફેફસામાં અશુદ્ધ

લોહી મોકલવાનું કામ કરે છે તેને એ કામ કરવા માટે વધારે મહેનત કરવી પડે છે; અને તે આસ્તે આસ્તે ફૂલતું જાય છે.

અહીં લોહીના જે ઊંચા દબાણની વાત થાય છે તે ફેફસાંમાં ફરતા લોહી પૂરતી જ છે. શરીરના લોહીના ઊંચા દબાણની આ વાત નથી. ફેફસાંના લોહીના ઊંચા દબાણને પરિણામે હૃદયના જમણા ભાગનું નીચલું ખાનું ધીમે ધીમે વધુ મોટું થવા માંડે છે અને જ્યારે એની વધવાની મર્યાદા પૂરી થાય છે ત્યારે તે પંપ તરીકે કામ આપતું અટકે છે. પછી તે શરીરમાંથી અશુદ્ધ લોહી ભેગું કરી તેને શુદ્ધ કરવા માટે ફેફસાંમાં સહેલાઈથી મોકલી શકતું નથી લોહી શુદ્ધ કરવાની અથવા લોહીમાં ઑકસીજન ભેળવવાની આ ક્રિયામાં ઘણાં કારણોથી વિક્ષેપ પડે છે:

૧. દાખલા તરીકે ફેફસાંના લાંબા સમયના રોગથી પણ એ ક્રિયામાં અંતરાય પડે છે. ફેફસાંના રોગને લીધે શ્વાસોચ્છ્‌વાસની ક્રિયા દ્વારા શુદ્ધ અને અશુદ્ધ હવાની જે અદલ-બદલ થવી જોઈએ તે નથી થતી. એટલે વધુ ચોકખી હવા (અથવા ઑકસીજન)નો ફેફસાંમાં પ્રવેશ થઈ શકતો નથી.

૨. સમગ્ર ફેફસાંમાં પથરાયેલી અસંખ્ય નાની રક્તવાહિનીઓ અને કેશવાહિનીઓ ફેફસાંની રોગયુક્ત કામગીરીમાં સપડાય છે અને દબાઈને સાંકડી બને છે અથવા તેમનો માર્ગ બંધ થઈ થઈ જાય છે. આથી આખા શરીરમાંથી આવતું અને હૃદયરૂપી પંપથી ધકેલાઈને ફેફસાંમાં

જતું અશુદ્ધ લોહી હવે પૂરતા પ્રમાણમાં આવતું નથી. આથી લોહીની પૂરી વિશુદ્ધિ થતી નથી.

૩. ઉપર આપણે જોયું કે ફેફસાંમાં ફરતા લોહીનું દબાણ વધવાથી જમણા ક્ષેપક ઉપર–એટલે હૃદયના નીચેના જમણા ખાના ઉપર–બોજો વધે છે અને એ ક્ષેપક મોટું થતું જાય છે. આખરે એ ક્ષેપક પંપ તરીકે કામ કરતું અટકી જાય છે. એટલે જે કંઈ લોહી તે રોગયુક્ત ફેફસાંમાં પણ મોકલ્યા કરતું હોય તે પણ ઘટી જાય છે અને તમારા શરીરમાં ઑકસીજનની સતત તંગી રહ્યા કરે છે.

ફેફસાંની ઘણી ખરી રોગગ્રસ્ત સ્થિતિ અટકાવી શકાય છે, એટલે એનાથી થતો હૃદયરોગ પણ મોટે ભાગે અટકાવી શકાય છે. તો ફેફસાંમાં રોગ કેવી રીતે થાય છે એ આપણે જોવું રહ્યું. લાંબા સમયનો દમ, જીર્ણ ખાંસી, કાયમની શરદીથી ઉપડી શ્વાસનળીને વારંવાર લાગતો ચેપ, લાંબા વખતથી બીડી પીવાનું વ્યસન, રજ ઊડે એવા સ્થળમાં કોઈ પણ પ્રકારના રક્ષણ વિના લાંબો સમય કામ કરવાથી શ્વાસમાં જતી રજ, છાતીની અમુક પ્રકારની ખોડ વગેરેને લીધે ફેફસાંનો રોગ થાય છે.

તમને વારંવાર શરદી થઈ જતી હોય અને તેને લીધે ખાંસી અથવા દમ ઊપડતાં હોય તો તેની તરફ બેદરકારી ન બતાવો, તરત તેનો ઉપાય કરાવો. મોટે ભાગે તો એ દર્દો મટી જાય તેવાં હોય છે.

બીડીનું વ્યસન

બીડી–સિગારેટ કે અન્ય રીતે તમાકુ પીવાથી ફેફ-

સાંમાં બળતરા થાય છે. લાંબે ગાળે તમને ખાંસી લાગુ પડે જ છે. એક વાર ખાંસી લાગુ પડી ગઈ અને તેણે તમારાં ફેફસાંને કાયમી અસર કરી તો અંતે એ તમારા હૃદયને અસર કર્યા વિના રહેશે નહિ. લાંબા સમયના ધૂમ્રપાનથી બગડેલાં ફેફસાંને બદલે બીજાં ફેફસાં મૂકી શકાતાં નથી. પણ બીડી પીવાનું બંધ કરીને તમે ફેફસાંને થતું નુકસાન તો જરૂર અટકાવી શકો.

અતિશય ધૂમ્રપાન કરવાની ટેવવાળા માણસો બધું જાણ્યા પછી પણ બીડી પીવાનું ચાલુ રાખે છે અને કેટલાયે માણસો હૃદય ઉપર અસર થઈ છે એમ જાણ્યા છતાંયે બીડી પીધા કરે છે એ ખરેખર આપણને નવાઈ લાગે એવું છે. એમને કદાચ બીડી છોડી દેવાથી કબજિયાત, એકાગ્રતાનો અભાવ વગેરે નુકસાન દેખાતાં હશે. પણ ફેફસાંને ન મટે તેવું નુકસાન થાય કે હૃદયરોગ થાય તે કરતાં આ નુકસાન ઘણું ઓછું છે. એક વસ્તુ જો આરોગ્ય માટે નુકસાનકારક હોય તો પછી સૌને માટે નુકસાનકારક હોય. અમુક ડૉક્ટર પણ ખૂબ સિગારેટ પીએ છે એવી દલીલ કંઈ જ કામમાં આવતી નથી. એ દલીલથી તમારાં ફેફસાંને નુકસાન થતું અટકવાનું નથી. એ ડૉક્ટરને પણ ધૂમ્રપાનથી નુકસાન થવાનો એટલો જ સંભવ છે.

કેટલાક વ્યસની માણસો જાણે અનાસક્તિપૂર્વક કહે છે કે એક દહાડો મરવાનું તો છે જ, પછી જીવનના આનંદથી શા માટે વંચિત રહેવું ? પણ એ જ માણસો જ્યારે તેમના હૃદયને ગંભીર નુકસાન થાય છે ત્યારે ગમે

તે કરવા તૈયાર થઈ જાય છે. પણ એ વખતે ઘણું મોડું થઈ ગયું હોય છે.

હકીકત એ છે કે આ માણસો અતિશય ધૂમ્રપાનથી કંઈ તરત જ મરી જતા નથી. તરત મરી જવાતું હોત તો તો એમની દલીલમાં કંઈક વજૂદ પણ ગણાત. પણ બીડી પીવાનું જબરું વ્યસન અને મૃત્યુ એ બેની વચ્ચે એક ઘણો લાંબો ગાળો રહે છે. અને એ ગાળો ફેફસાંની અને હૃદયરોગની મહાપીડાથી અત્યંત યાતનાભરેલો હોય છે. આ વાત એ લોકો સમજતા નથી.

વારંવાર ચેપ લાગવાથી એક વાર ફેફસાં ઉપર અસર થઈ ગઈ તો વધુ પછી નુકસાન અટકાવવાનો પ્રયત્ન કરો. એનો અર્થ એ કે જે કારણથી નુકસાન થયું તે કારણને દૂર રાખો અથવા એ કારણનો ઈલાજ કરો. એ ઈલાજ કેમ કરવો તે નક્કી કરવાનું કામ તમારા ડૉક્ટરનું છે.

ફેફસાંના રોગને લીધે નીપજતો આ પ્રકારનો હૃદય-રોગ ઘણો ગંભીર છે અને એક વાર તેમાં સપડાયા પછી ચોક્કસપણે જીવલેણ છે. મેં તપાસેલા પેલા ૨૦૮૧ હૃદય-રોગીઓમાંથી ૮.૯ ટકા જેટલાને આ પ્રકારનો હૃદયરોગ થયેલો હતો.

સિફિલિસ અને એવા જાતીય રોગોથી થતો હૃદયરોગ

સિફિલિસ અથવા ગરમી કે ચાંદીનો રોગ કેમ થાય છે અને તેને માટે શું કરવું જોઈએ તે આ પુસ્તિકાનો વિષય નથી. આવા રોગથી પિડાતી વ્યક્તિ સાથે જાતીય શરીરસંબંધ કરવાથી આ રોગ થાય છે. કોઈક વખત

બીજા કેટલાક સંજોગોમાં પણ એ લાગુ પડી શકે.

સિફિલિસથી પણ હૃદયરોગ થવાનો સંભવ છે. સિફિલિસ એ મટાડી શકાય તેવો રોગ છે એટલે એનાથી થતો હૃદયરોગ પણ અટકાવી શકાય છે. એક માણસને આજે સિફિલિસ થાય અને તેની યોગ્ય તથા પૂરેપૂરી ચિકિત્સા ન થાય તો તેનું હૃદય તેમાં સપડાય એવો ભય રહે છે. હૃદય ઉપરની આ અસર થોડાં અઠવાડિયાંમાં પણ થાય અને કદાચ ૩૦–૪૦ વર્ષ પછીયે થાય. સરેરાશ તો સિફિલિસ થયા પછી ૧૫–૨૦ વર્ષે હૃદયરોગ થાય છે.

જો સિફિલિસનો ઉપાય ન કરવામાં આવે તો એ માણસને હૃદયરોગ અવશ્ય થશે એમ કહી શકાય? સિફિલિસના તમામ કિસ્સામાં શરીરનાં ઘણાંખરાં અંગો ઉપર રોગની અસર થાય છે. પણ ગંભીર હૃદયરોગ તો સિફિલિસના ૧૦૦ દર્દીઓમાંથી લગભગ ૧૦ દર્દીઓને થાય છે.

ત્યારે હૃદયરોગના તમામ કિસ્સાઓમાં સિફિલિસને કારણે થતા હૃદયરોગના કિસ્સા કેટલા? મેં તપાસેલા ૨૦૮૧ હૃદયરોગીઓમાંથી ૧૩.૪ ટકાનો હૃદયરોગ સિફિલિસને કારણે થયો હતો. બીજા દેશોમાં સિફિલિસને અટકાવવાનાં અને મટાડવાનાં જે પગલાં લેવાઈ રહ્યાં છે તેને લીધે એ રોગ ઝડપથી અદૃશ્ય થતો જાય છે.

સિફિલિસથી હૃદયરોગ થવાનું કારણ શું? એનું કારણ ટ્રેપોનિમા પેલીડમ નામનાં સૂક્ષ્મ જંતુઓ છે. તે જંતુઓ બહારથી ચેપ લાગે ત્યારે શરીરમાં દાખલ થાય છે. મુખ્યત્વે એ મૂત્રમાર્ગ વાટે દાખલ થાય છે. આ રોગ-

વાળી વ્યક્તિ સાથે જાતીય શરીરસંબંધ કરવાથી, કોઈક જ કિસ્સાઓમાં ચેપવાળી વ્યકિતને ચુંબન કરવાથી અથવા ચેપવાળી વ્યકિતઓનું કામકાજ કરવામાં કે તેની સારવાર કરવામાં તેનો સંપર્ક થવાથી આ રોગ થાય છે. પહેલાં આ રોગનાં જંતુ લોહીમાં પ્રસરે છે. પછી જનનેન્દ્રિય ઉપર નાની ફોટકી થાય છે. એનો કંઈ ઉપાય કરો કે ન કરો તો પણ અમુક વખત પછી એ ફોટકી અદૃશ્ય થઈ જ જાય છે. પણ ફોટકી મટી ગઈ એટલે સિફિલિસ મટી ગયો એવું નથી. એ રોગનાં જંતુ તો લોહીમાં પ્રસરી ગયેલાં હોય છે. એટલે જો એની ચિકિત્સા સંપૂર્ણ ન હોય તો જંતુ લોહીમાં રહી જાય છે. પંદર–વીસ વર્ષ પછી તમારા હૃદય ઉપર અનિષ્ટ અસર થાય છે. આવી અસર સિફિલિસના ૧૦૦ કેસમાંથી ૧૦ કેસમાં જોવામાં આવે છે.

સિફિલિસથી સૌથી પહેલાં તો હૃદયની ડાબી બાજુથી આખા શરીરમાં શુદ્ધ લોહી લઈ જનારી મુખ્ય નસ (ઍઓર્ટા) ઉપર અસર થાય છે.

ધારો કે કોઈ વ્યકિતને સિફિલિસ થયો છે અને તેની તેને ખબર છે. તે તેની દવા પણ કરે છે. છતાં વખત જતાં તેને સિફિલિસને લીધે હૃદયરોગ શા માટે થાય છે?

એનું કારણ એ છે કે સિફિલિસની ઉપરછલ્લી સારવારથી કંઈ વળતું નથી પણ હૃદયરોગ થવાનો સંભવ ઊલટાનો વધે છે. આ રોગની સારવાર બરાબર ન થવાનાં કેટલાંક ખાસ કારણો છે:

૧. માણસને કોઈનો ચેપ લાગવાથી સિફિલિસ થયો હોય પણ એનું કોઈ બાહ્ય ચિહ્ન દેખાતું ન હોય. જનનેન્દ્રિય ઉપર ફોલ્લી પણ ન થઈ હોય. આવા સંજોગો માં એને સિફિલિસ થયો છે એની એને ખબર જ ન પડે એટલે એનો ઉપાય કેવી રીતે કરે? પરિણામે જંતુઓ લોહીમાં પ્રસરે અને વખત જતાં હૃદય પર હુમલો કરે.

૨. બીજું કારણ, જનનેન્દ્રિય પર ફોલ્લી તો થાય અને દર્દીને સિફિલિસની ખબર પણ પડે અને એનો ઉપાય પણ કરે. પણ સાધારણ સારવાર કરે એટલામાં તો ફોલ્લી અદૃશ્ય થઈ જાય એટલે એ માની લે કે રોગ સાવ મટી ગયો. હવે ખરી રીતે રોગ મટી ગયો હોતો નથી અને લોહીમાં જંતુ તો રહી ગયાં હોય છે. એટલે પાછળથી એના હૃદય પર અસર થાય છે. અહીં કાં તો ડૉક્ટરે દર્દીને લાંબો સમય સારવાર કરવાની આવશ્યકતા સમજાવી ન હોય એટલે દર્દીએ રોગ મટી ગયો છે એમ માની સારવાર છોડી દીધી હોય, અથવા ડૉક્ટરે બરાબર સમજાવ્યું હોય તો પણ દર્દીએ એ સાંભળવાની દરકાર જ કરી ન હોય અને પૂરી સારવાર લીધી ન હોય એમ બની શકે.

૩. ત્રીજા પ્રકારની ભૂલ ઉચ્ચ સમાજમાં ફરતા અને શિક્ષિત વર્ગના લોકો કરે છે. આ વર્ગનો દર્દી જાણતો હોય છે કે પોતાને સિફિલિસ થયો છે. તે એની સારવાર પણ કરે છે. પણ પ્રતિષ્ઠાના ખ્યાલથી અને સમાજના ડરથી એ સારવાર ઉતાવળથી, છૂપી રીતે અને અપૂરી થાય

છે. બાહ્ય ચિહ્નો અદૃશ્ય થાય એટલે રોગ મટી ગયો છે. એમ તે માની લે છે. આને પરિણામે સારવાર અધૂરી રહે છે અને પાછળથી તેને હૃદયરોગ થાય છે.

સિફિલિસથી થતો હૃદયરોગ સ્ત્રીઓ કરતાં પુરુષોમાં પાંચગણો જોવામાં આવે છે.

ત્યારે આ જાતના હૃદયરોગને અટકાવવો હોય તો સિફિલિસ થતો અટકાવવો જોઇએ. સિફિલિસ થયા સિવાય સિફિલિસજન્ય હૃદયરોગ થઇ શકે નહિ.

સિફિલિસના હૃદયરોગની શરીર પર થતી માઠી અસર

સિફિલિસની અસર થવા માંડે એટલે હૃદયનું ડાબું ખાનું ધીમે ધીમે પંપ તરીકે કામ કરતું બંધ પડે છે. હૃદયની તકલીફને લીધે દમ ચડે છે. અંતે આખું હૃદય પંપ તરીકે કામ આપવામાં ધાંધિયા કરે છે અથવા હૃદય પરનો હુમલો (હાર્ટએટેક અથવા કોરોનરી થ્રોમ્બોસીઝ) આવે છે.

આ રોગથી બચવા માટે ધ્યાનમાં રાખવા જેવા મુદ્દા ટૂંકમાં આ છે: સિફિલિસના રોગીઓથી દૂર રહો. એવા રોગીના સંપર્કમાં આવ્યા હો તો તેનો ચેપ ન લાગે તેવાં પગલાં લો. ચેપ લાગ્યો હોય તો પૂરેપૂરી ચિકિત્સા કરાવો અને અમુક અમુક સમયે દાકતરી તપાસ અને લોહીની તપાસ કરાવો. એમ કરવાથી લોકોમાં ખરાબ દેખાશે એવો ખોટો ખ્યાલ અને ખોટી શરમ રાખશો તો જિન્દગી ગુમાવશો કારણ કે કાં તો તમને જીવલેણ હૃદય-

, રોગ લાગુ પડશે અથવા શરીરનાં મહત્ત્વનાં અંગો પર અસર થશે અને કદાચ ગાંડપણ પણ લાગુ પડશે.

હૃદયરોગીઓ માટે ધંધારોજગારની શકયતાઓ અને જોખમ

હૃદયરોગનો દર્દી કામ કરી શકે ખરો? એનો આધાર એના હૃદયની શકિત ઉપર છે. હૃદયરોગના તમામ દર્દીઓમાં કામ કરવાની શકિત હોય છે. પણ કામ કેટલું કરી શકાશે એનો આધાર હૃદયરોગના પ્રકાર કરતાં એની તીવ્રતા પર વધારે રહે છે. રોગ હળવો હોય તો એણે કામ ઉપર કશું જ નિયંત્રણ રાખવાની જરૂર નથી. પણ રોગ તીવ્ર હોય તો તીવ્રતાના પ્રમાણમાં નિયંત્રણ રાખવું જોઇએ.

કામધંધામાં પડતી શારીરિક મહેનતને લીધે હૃદય-રોગ થાય ખરો? શારીરિક મહેનતને લીધે કદી હૃદયરોગ થતો નથી. હૃદયરોગ થયેલો હોય તો વધારે પડતી મહેનત રોગમા વૃદ્ધિ કરે ખરી. પણ મહેનતથી આ રોગ ઉત્પન્ન તો ન જ થાય.

હવે આપણે એ જોઈએ કે હૃદયરોગના જુદા જુદા પ્રકારો માટે કઈ કઈ જાતના ધંધારોજગાર અનુકૂળ છે.

કંઇ પણ કામ ન કરી શકે તેવી સ્થિતિ

જો હૃદય પંપ તરીકે બરાબર કામ કરતું ન હોય અને એવો દર્દી વૃદ્ધ હોય તો એ કશું જ કામ કરી શકે નહિ.

બેઠાં બેઠાં ટેબલ ખુરશી પરનું કામકાજ પણ કરી શકે?

સંપિવાજન્ય હૃદયરોગના દર્દીઓને બીજી કશી

વ્રિયાદ ન હોય અથવા હૃદય પંપ તરીકે બરાબર કામ કરતું હોવાનાં ચિહ્નો ન હોય તો તે દર્દીઓ બેસીને કરવાનું અથવા ખુરશી–ટેબલનું કામ કરી શકે. એવા દર્દી બેન્કના કારકુન, હિસાબનીશ, સ્ટેનોગ્રાફર, આર્કિટેકટ, ડિઝાઈનર, કમર્શિયલ આર્ટિસ્ટ, દરજી, વસ્રો બનાવનાર, બીડી વાળનાર, દુકાન પર માલ વેચનાર, ઘડિયાળ સમી કરનાર, ડિસ્પેચ કલાર્ક તથા હળવો માલ બાંધનાર તરીકેનાં અને એવી જાતનાં બીજાં કામ કરી શકે.

હળવું કામ કોણ કરી શકે ?

કોરોનરી હૃદયરોગ, લોહીનું ઊંચું દબાણ અને બીજા અમુક પ્રકારના હૃદયરોગ ધરાવનાર માણસોએ હળવું કામ કરવું જોઈએ. નીચે દર્શાવેલા માણસોનું કામ હળવું કહેવાયઃ પોસ્ટ ઑફિસનો સૉર્ટર, કારખાનાનો સ્ટોરકીપર, રેડિયો–મિકેનિક, ખટારો હાંકનાર (માલ ચડાવવા–ઉતારવાની ફરજ વિનાનો), દુકાનનો ગુમાસ્તો, દરજીની દુકાનનો કારીગર, ઓજારો બનાવનાર, ઑફિસનો પટાવાળો, વગેરે.

ગમે તે જાતનું કામ કોણ કરી શકે ?

જે માણસોને હૃદયરોગનો વહેમ જ હોય તે માણસ ગમે તે પ્રકારનું કામ કરી શકે.

મહત્ત્વની વસ્તુ એ છે કે હૃદયરોગ કઈ જાતનો છે અને દર્દીના કામકાજથી એની ઉપર કેટલી અસર થાય તેમ છે એ બરાબર નક્કી કરવું.

હૃદયરોગના દર્દીઓ વિષે ભૂતકાળમાં ઘણો નિરાશાવાદ પ્રસરેલો છે અને તેમનાં કામકાજ વિષે ઘણો ભય સેવવામાં આવ્યો છે. પણ ખરી રીતે તો આ દર્દીઓ માટે આશાવાદનાં પૂરતાં કારણો છે. હૃદયરોગ ધરાવતો દર્દી

પોતાના હૃદયની શક્તિની મર્યાદામાં રહીને કામકાજ કરી શકે છે. હૃદયની શક્તિની આ મર્યાદા નક્કી કરવી એ તમારા ડૉકટરનું કામ છે. ડૉકટર તમને તપાસશે, તમે કેટલો શ્રમ વેઠી શકો છો તેની કસોટી કરશે, ઈલેક્ટ્રોકાર્ડિયોગ્રામ લેશે, એકસ–રેથી હૃદયનું નિરીક્ષણ (સ્ક્રીનિંગ) કરશે અથવા તેની છબી પાડશે. આવી તપાસ પછી હૃદયરોગના દર્દીને સમતોલ, ક્રમિક કાર્યક્રમ અનુસાર સમધારણ (નોર્મલ) જીવન ઉપર ચડાવી શકાય.

પોષણની ખામી અને હૃદયરોગ

આપણા દેશમાં ઘણા માણસોને પૂરતું પોષણ મળી શકતું નથી ત્યારે કેટલાક માણસો ખોરાકની ખોટી ટેવોને લીધે છતે સાધને પોષણ મેળવતા નથી. આથી આપણા ખોરાકમાં કેટલીક ખામીઓ રહે છે. ખોરાકમાં ક્યાં તત્ત્વોની ખામી હૃદય પર શી અસર કરે છે તે હવે જોઈ લઈએ.

વિટામિન બી ૧ : આ વિટામિનની ખામીથી હૃદયને પંપ તરીકે કામ કરવામાં અંતરાય થાય એવો સંભવ છે.

વિટામિન સી : આની ખામીથી વારંવાર લોહી નીકળ્યા કરે છે. એને લીધે હૃદયના સ્નાયુઓ અને તેના આચ્છાદન ઉપર અસર થવાનો સંભવ છે.

વિટામિન ડી : આ વિટામિનની ખામીને લીધે હૃદય ફૂલી જાય છે એમ જોવામાં આવ્યું છે.

દુકાળના સમયમાં ભૂખ્યા રહેવું પડે તેથી અથવા લાંબા સમયના ઉપવાસથી આખું શરીર ઘણી વાર સૂકી જાય છે. આમાં હૃદય બહુ ભાગ ભજવતું નથી. ઘણુંખરું તે ખોરાકમાં પ્રોટીનના અભાવને લીધે થાય છે.

મધુપ્રમેહ (મીઠી પેશાબ અથવા ડાયાબિટિસ) ને લીધે થતો હૃદયરોગ

મધુપ્રમેહના અથવા ડાયાબિટિસના રોગ પ્રત્યે બેદરકાર ન રહેવું જોઈએ. તમને ખબર હોય કે તમને ડાયાબિટિસ થયો છે અને છતાં તમે એની દરકાર ન કરો તો તેથી ડાયાબિટિસ તમને છોડવાનો નથી. એ રોગનાં ઘણાં ખરાબ પરિણામ આવે છે. કેટલીક વાર એ પરિણામ ગંભીર હોય છે: દર્દી અપંગ જેવો બની જાય છે અથવા જાન પણ ખોઈ બેસે છે. ડાયાબિટિસથી શરીરનાં ઘણાં અંગો ઉપર અસર થવાનો સંભવ છે; પણ અહીં એની વિગતથી ચર્ચા કરવાનો અવકાશ નથી.

ડાયાબિટિસથી હૃદયરોગ કેવી રીતે થાય ?

ડાયાબિટિસના રોગમાં લોહીની નસોની દીવાલો જાડી થઈ જાય છે અને લોહીનો ફરવાનો માર્ગ સાંકડો બની જાય છે. અને તેને લીધે એ નસો મારફત શરીરના જે ભાગમાં લોહી જતું હોય ત્યાં કદાચ લોહી જતું અટકી પણ જાય છે. હવે એ ભાગ જો હૃદય જેવો મહત્ત્વનો ભાગ હોય તો દર્દીનું આવી બન્યું.

આગલી પુસ્તિકામાં સમજાવ્યું છે તેમ હૃદયની (કોરોનરી) લોહીની નસો ઘટ્ટ અને સાંકડી બની જવાથી માણસને છાતીનું દર્દ (એન્જાયના) થાય છે. અને જો એ નસોમાં લોહીનું વહેણ સાવ અટકી જાય તો હૃદયરોગનો હુમલો (હાર્ટ એટેક અથવા કોરોનરી થ્રોમ્બોસીસ) થઈ આવે છે. એનાં પરિણામ ઘણાં ગંભીર હોય છે અને માણસનું મોત પણ નીપજે છે.

જો આ રીતે કઠણ અને સાંકડી બની જતી
મગજની હોય તો માણસને બેહોશી અને લકવા થઈ જાય

ડાયાબિટિસ આવે ત્યારે કંઈ ડંકાનિશાન ર
આવતો નથી. એટલે રોગ થયો છે કે થવાનો છે કે
ઘણી વાર ખબર પણ પડતી નથી. તમને ડાયાબિટિસ હો
અને તમે જાણતા ન હો એમ બની શકે છે. પછી જ્ય
એકાએક હૃદયરોગનો હુમલો (હાર્ટ ઍટેક) આવે ત્ય
જ. તમને અણધારી રીતે એની ખબર પડે છે. પેસાબ
સાકર ન હોય એ ઉપરથી તમને ડાયાબિટિસ નથી
એમ ન કહી શકાય. પેસાબમાં બિલકુલ સાકર ન હો
અને છતાં લોહીમાં પુષ્કળ પ્રમાણમાં સાકર હોય એવુ
અનેક વાર દેખાયું છે. લોહીમાં રહેલી આ વધારે પડતી
સાકર નસોની દીવાલોને નુકસાન કરે છે.

એટલે તમને કોરોનરી હૃદયરોગ હોય તો તરત તપા
કરાવી લેજો કે તમને ડાયાબિટિસ તો નથી ને? કારણ
જો ડાયાબિટિસ હશે અને તમને એની ખબર નહિ પ
તો તમે એની સારવાર પણ ક્યાંથી કરશો? અને ડાય
બિટિસની સારવાર ન થઈ તો ફરી વાર હૃદયરોગનો હુમલો
આવવાનો જ.

આ પુસ્તિકામાં હૃદયરોગના પ્રચલિત પ્રકારોની ચર્ચા
કરવાનો પ્રયત્ન છે. બધા પ્રકારોની ચર્ચા તો આવડી
પુસ્તિકામાં કરવાનું શક્ય નથી. પણ જે જે પ્રકારો આ
બે પુસ્તિકાઓમાં સામેલ કર્યા છે તે પ્રકારો વિષે વાચકોને
ઉપયોગી માહિતી આમાંથી મળી રહેશે એટલું જરૂર
કહી શકાય.

પહેલા વર્ષની પુસ્તિકાઓ

બાળકોને વાર્તા કેવી રીતે કહીશું?	મૂળશંકર મો. ભટ્ટ
કવિતા વાંચવાની કળા	ઉમાશંકર જોશી
વાયદાનો વેપાર	બાપાલાલ દોશી
પ્રજા અને પોલીસ	મનુદાસ પટવારી
જીવન કેમ જીવવા જેવું છે?	પંડિત સુખલાલજી
*સંતતિનિયમનની સરળ રીતો	ડૉ. અનસૂયા અમીન
*તેલ અને લુબ્રિકેન્ટ	ભાઈલાલભાઈ પટેલ
*સાચી જોડણી અઘરી નથી	યશવંત દોશી
*વર્તમાનપત્ર કેમ તૈયાર થાય છે?	રવિશંકર વિ. મહેતા
*વીજળીની કથા	હર્ષદરાય ભટ્ટ
લોકશાહી જ શા માટે?	ઉષા મહેતા
*સંગીત સાંભળવાનો આનંદ	વિનાયક પુરોહિત
આ બધી યોજનાઓ શા માટે?	વાડીલાલ ડગલી
*નાટક ભજવતાં [illegible]	ચુનીલાલ મડિયા
*આપણી પરદેશની [illegible]	[illegible]
*સભાસંચાલન	[illegible]
*અંગ્રેજી જશે તો [illegible]?	ઝીણાભાઈ દ[illegible]
*દાસ: છૂટાછેડા [illegible]	ગટુભાઈ [illegible]
*હૃદયની સંભાળ	ડૉ. એ. ટી. સામાણી
*હૃદયની સંભાળ: વધુ વિચારણા	ડૉ. એ. ટી. સામાણી
*સિનેમા કેવી રીતે ઊતરે છે?	[illegible]
*ભૂદાનનો મર્મ	મહેન્[illegible]
*અનુવાદની કળા	નગીનદાસ પા[illegible]
આ છે ગુજરાત	ભાસ્કરરાવ વિ[illegible]

*આટલી પુસ્તિકાઓ પ્રસિદ્ધ થઈ ગઈ છે.

દર માસની પચીસમીએ બે પુસ્તિકા પ્રસિદ્ધ થશે. એક પુસ્તિકાની છૂટક કિંમત ચાળીસ નવા પૈસા. વાર્ષિક લવાજમ [illegible] રૂપિયા (પરદેશમાં સોળ શિલિંગ); ત્રિવાર્ષિક વીસ રૂપિયા (પરદેશમાં [illegible] શિલિંગ).

વ્યવસ્થાપક: સરનામું: પરિચય પુસ્તિકા [illegible], [illegible] વીર નરીમાન રોડ, [illegible]



ડૉ. ઓ. ટી. સામાણી

ઓધવજી ત્રિભોવનદાસ સામાણીનો જન્મ ૧૯૧૪ના માર્ચની ૨૮મી તારીખે સૌરાષ્ટ્રમાં રાણાવાવ ગામે થયો હતો.

તેમણે માધ્યમિક શિક્ષણ પોરબંદરની ભાવસિંહજી હાઈસ્કૂલમાં અને કૉલેજનું શિક્ષણ ભાવનગરની શામળદાસ કૉલેજમાં, પૂનાની ફર્ગ્યુસન કૉલેજમાં અને મુંબઈની ગ્રાન્ટ મેડિકલ કૉલેજમાં લીધું હતું.

૧૯૪૫-૪૯માં તેઓ વધુ અભ્યાસ માટે ઇંગ્લૅન્ડ ગયા. ત્યાં તેમણે એમ. ડી.ની ડિગ્રી પ્રાપ્ત કરી. ઇંગ્લૅન્ડમાં હતા તે દરમિયાન, તેમણે લંડન હૉસ્પિટલ મેડિકલ કૉલેજ, લંડન; ઇન્સ્ટિટ્યૂટ ઑફ કાર્ડિયોલૉજી, નૅશનલ હાર્ટ હૉસ્પિટલ, લંડન; બ્રિટિશ પોસ્ટ ગ્રેજ્યુએટ મેડિકલ સ્કૂલ, લંડન; ઇન્સ્ટિટ્યૂટ ઑફ ડિઝીઝિઝ ઑફ ચેસ્ટ, બ્રૉમ્પ્ટન હૉસ્પિટલ, લંડન; હૉસ્પિટલ ફૉર સિક ચિલ્ડ્રન, ગ્રેટ ઑરમોન્ડ સ્ટ્રીટ, લંડન; લંડન ચેસ્ટ હૉસ્પિટલ; સેન્ટ સ્ટિફન્સ હૉસ્પિટલ (રૂમેટિક ડિઝીઝિઝ), રૉયલ ઇન્ફર્મરી, એડિનબર્ગ વગેરે કૉલેજો તેમ જ તબીબી સંસ્થાઓમાં અભ્યાસ કર્યો હતો અને પ્રત્યક્ષ અનુભવ મેળવ્યો હતો.

હૃદયના રોગોને લગતી અનુસ્નાતક તાલીમ તેમણે અમેરિકામાં બૉસ્ટન ખાતે મેસેચ્યુસેટ્સ જનરલ હૉસ્પિટલમાં લીધી હતી. તેઓ અમેરિકન હાર્ટ ઍસોસિયેશન, કાર્ડિયોલૉજી સોસાયટી ઑફ ઇન્ડિયા; બ્રિટિશ મેડિકલ ઍસોસિયેશન, ઍસોસિયેશન ઑફ ફીઝિશ્યન્સ ઑફ ઇન્ડિયા; ઇન્ડિયન મેડિકલ ઍસોસિયેશન, બૉમ્બે મેડિકલ યુનિયન; ઍસ્યુરન્સ મેડિકલ સોસાયટી, લંડનનું સભ્યપદ ધરાવે છે. રૉયલ સોસાયટી ઑફ મેડિસિનના પણ તેઓ સભ્ય છે.

હૃદયરોગને લગતા પ્રશ્નોની છણાવટ કરતા વિવિધ તબીબી સામયિકોમાં તેમણે અધ્યયનલેખો લખ્યા છે.

અત્યારે તેઓ મુંબઈમાં હૃદયરોગના નિષ્ણાત તરીકે કન્સલ્ટિંગ પ્રૅક્ટિસ ચલાવે છે અને સર જે. જે. ગ્રૂપની હૉસ્પિટલોમાં અને ભ ટિયા જનરલ હૉસ્પિટલમાં ઑનરરી ઍસિસ્ટન્ટ ફીઝિશ્યન તરીકે, ગ્રાન્ટ મેડિકલ કૉલેજમાં ટ્યુટર ઇન મેડિસિન તરીકે તેમ જ ડી. એસ. કોઠારી હેલ્થ સેન્ટરમાં કન્સલ્ટિંગ કાર્ડિયોલૉજિસ્ટ તરીકે સેવા આપે છે.

૧૯૪૨માં તેમણે શ્રી પ્રભાબહેન સાથે લગ્ન કર્યું હતું. તેમને એક પુત્રી છે—શીલા.

ડૉ. સામાણીને ફિલસૂફીનાં પુસ્તકો વાંચવાનો શોખ છે.

ક્ષયરોગ રાજરોગ નથી

ડૉ. ઇન્દુકુમાર ભટ્ટ

પ્રકાશક

પરિચય ટ્રસ્ટ વતી
જયવદન તકતાવાલા
પરિચય પુસ્તિકા પ્રવૃત્તિ
રુસ્તમ હાઉસ, ચોથે માળે,
૨૯, વીર નરીમાન રોડ, મુંબઈ-૧

મુદ્રક

ભાણાભાઈ કાળિદાસ મોદી
અરુણ પ્રિન્ટિંગ પ્રેસ, બેગમપુરા, વીરમગામી મહોલ્લો, સુરત

પહેલી આવૃત્તિ

નવા પૈસા

જૂન : ૧૯૫૮

આવરણ-ચિત્રાંકન : પ્રદ્યુમ્ન તન્ના

ક્ષયરોગ રાજરોગ નથી

દુનિયાના બધા દેશોના પ્રમાણમાં હિંદમાં ક્ષયરોગનું પ્રમાણ વિશેષ છે. ક્ષયરોગ ભયંકર રોગ છે અને આગ કે વાવાઝોડાની માફક કુટુંબોનાં કુટુંબો સાફ કરી નાખે છે. એના વિષે સમજવું અતિ અગત્યનું છે.

ક્ષયરોગ થવાનું કારણ ક્ષયરોગનાં જંતુ છે એમાં બે મત છે જ નહિ. આ જંતુ સામાન્ય રીતે આપણા શરીર ઉપર ક્યારે હુમલો કરે છે તે આગળ ઉપર જોઈશું. આ જંતુની શોધ ઈ. સ. ૧૮૮૨માં રૉબર્ટ કોક નામના વૈજ્ઞાનિકે કરી, જો કે તે અગાઉ છૂટીછવાઈ અને કંઈક અંશે અપૂર્ણ શોધ ઈ. સ. ૧૮૬૫માં વિલેમીન તથા ઈ. સ. ૧૮૮૧ માં બૉમગાર્ડન નામના વૈજ્ઞાનિકે શરૂ કરેલી ખરી.

એકાદ ગળફાના કણને કાચના ટુકડા પર ઘસી યોગ્ય રંગથી રંગીને સૂક્ષ્મદર્શક કાચ (માઈક્રોસ્કોપ) નીચે મૂકી જોઈએ તો આ જંતુ સ્થાયી, નાજુક, સળી આકારના, છેડેથી કંઈક વાંકાં દેખાય છે. તેની પહોળાઈ ૦·૩ મ્યુ અને લંબાઈ ૧·૫ થી ૪ મ્યુ હોય છે. એક મ્યુ એટલે એક મીલીમીટરનો હજારમો ભાગ.

એટલે કે આ પુસ્તિકાના પૂર્ણવિરામ ચિહ્ન જેટલી જગામાં ૨૫ હજાર જેટલાં જંતુ સમાઈ જાય.

આ સૂક્ષ્મજંતુ આપણા શરીર પર અનાદિ કાળથી હુમલો કરે છે. એમ મનાય છે કે ઇજિપ્શિયન મમીઝના શરીરમાં પણ ક્ષયરોગ થયેલો હોવો જોઈએ.

ક્ષયરોગ ગમે તે ઉંમરે થાય

આ ઉંમર પછી પુખ્ત જુવાનીમા આ આકડામા મૂળભૂત વધારો નથી થતો પણ જેમ જેમ ઉંમર વધતી જાય છે તેમ તેમ પ્રમાણમા ક્ષયની અસર ઓછી થતી જાય છે

અહીં ખાસ એક વાત પર ભાર મૂકવાનો છે આપણામા એક એવી માન્યતા છે કે ઘડપણમા ક્ષયરોગ ન થાય આ માન્યતા પાયા વગરની છે ક્ષયરોગ ગમે તે ઉંમરે થઈ શકે છે બીજુ, સામાન્ય રીતે ઘડપણનો ક્ષય મારી દૃષ્ટિએ ઘણો હાનિકારક છે કેમ કે આપણા સામાજિક રિવાજ મુજબ નાના બાળકોને રમાડવાનુ કામકાજ વૃદ્ધોને ભાગે આવે છે, અને ઘણા કિસ્સામા મે જોયુ છે કે એક જ કુટુબમાથી નાના બાળકોને આવા એક વડીલના વહાલસોયા સહવાસથી ક્ષયનો ચેપ ઉત્તરોત્તર ઊતરી આવતો હોય છે આનુ કારણ એ કે વૃદ્ધ માતાપિતાને જે ઘડપણનો દમ' કે 'દમકુ ઉધરસ' થતા હોય છે તે ઘણાખરા કિસ્સામા ક્ષય રોગના જ ચિહ્નો હોય છે

ઉમર પછી રહેણાક વિસ્તારનો વિચાર કરીએ તો એમ સામાન્ય રીતે કહી શકાય કે જે જગાએ ક્ષયરોગનુ પ્રમાણ ઓછુ હોય તેવા ગામ કે સ્થળમાથી જ્યારે સ ખ્યાબધ ગીચ વસ્તીવાળા શહેરમા વસ્તીનો ફેરબદલો થાય છે ત્યારે આ રોગ જોર કરે છે એટલે કે ગામડામાથી શહેરમા નોકરી કરવા જતા માણસને આ રોગ થવાનો વિશેષ સભવ રહે છે જ્યારે શહેરમા અને ગીચ વસ્તીમા રહેવા ટેવાયેલાએ ક્ષયરોગ સામે ઝઝૂમવાની શક્તિ થોડે ઘણે અશે મેળવી લીધેલી હોય છે આનો અર્થ એમ તારવી શકાય કે શહેરમા રહેનારને ક્ષયનુ પ્રમાણ ઓછુ હોય કેમકે ક્ષયરોગ થવામા માત્ર એકાદ જ કારણનો વિચાર કરવાનો નથી હોતો

ત્યારે હવે બીજાં ક્યાં કારણો જોવાં જોઈએ તેનો વિચાર કરીએ. હવા-ઉજાસ વિનાનાં, ભેજવાળાં, નીચાં અને કબૂતરોથી ઉભરાતાં કબૂતરખાનાં જેવાં ઘરોમાં રહેતા હોય ત્યાં સામાન્ય તંદુરસ્તી હંમેશાં નબળી રહે છે અને નબળી તંદુરસ્તી ક્ષયરોગ થવામાં સીધો ભાગ ભજવે છે.

અને તેમાંય જો એકાદ વ્યક્તિને ક્ષયરોગ થાય તો લગભગ આખા ઘરનાં માણસોને-જારના ઢગલામાં લાગેલી આગની માફક-ક્ષયરોગ ભરખી જાય છે. લેખકે એક જ કુટુંબમાં આવી જ રીતે "સત્યાનાશ" નીકળતું એક કરતાં વિશેષ વાર જોયું છે.

એ તો દેખીતી વાત છે કે આર્થિક સ્થિતિ નબળી હોય તો આરોગ્ય સચવાય તેવાં મકાનો, પૌષ્ટિક ખોરાક, યોગ્ય છતાં ખર્ચાળ સારવાર વગેરે જોઈતા પ્રમાણમાં ન મળી શકે. પણ માત્ર આર્થિક કારણ સિવાય સ્વચ્છતાનું સભાનપણું પણ જરૂરી છે. સાધનસંપન્ન માણસો પણ ઘણી વાર અણસમજને લીધે ગંદા વાતાવરણમાં જીવતા હોય છે. આ સિવાય મધ્યમ વર્ગને જીવનની તદ્દન નજીવી જરૂરિયાતો ઊભી કરવા શરીરને હદ ઉપરાંત ઘસારો આપવો પડે છે અને રોજ-બ-રોજ જીવનના કાળચક્રમાંથી દિવસે દેહને પસાર કરી રાત્રે સૂતાં સૂતાં પણ બીજા દિવસની વિકટ મૂંઝવણનો સામનો કરવા અસ્વસ્થ સ્થિતિમાં જાગવું જ પડે છે. આ સિવાય કુટુંબનો ભાર, અકસ્માત અનિવાર્ય સામાજિક ખર્ચા, મોંઘવારી, શિક્ષણ અને મનોરંજન પાછળ કરવા પડતા ખર્ચથી પણ આર્થિક સ્થિતિ નબળી પડે છે.

ક્ષયરોગી સાથે નિકટમાં વસવાટ એ ક્ષયરોગ થવાનાં કારણો પૈકીનું મુખ્ય કારણ ગણાવી શકાય. ડૉક્ટર ઓપી અને એક ફ્રેડરના આંકડા મુજબ જે બાળકોને ક્ષયના દર્દી પાસે

રહેવાનો પ્રસંગ આવેલો તેવાં બાળકોમાંથી ૮૦ ટકા જેટલાં બાળકોમાં એક યા બીજા પ્રકારે ક્ષયરોગ જણાયેલો; જ્યારે કોઈ પણ ક્ષયનો દર્દી નિકટમાં ન હોય તેવાં બચ્ચાંમાં માત્ર ૨૩ ટકા જેટલાં જ બાળકોને ક્ષયરોગ થયેલો.

આ જ પ્રમાણે બીજા લેખકોના આંકડા જોતાં સામાન્ય રીતે એમ સમજી શકાય છે કે ક્ષયરોગની નિકટ રહેતા માણસોમાં ક્ષય થવાની શક્યતા આશરે ત્રણથી ચારગણી રહેલી હોય છે. તેમાંથી પણ ખાસ કરીને જન્મથી પાંચ વર્ષ સુધીમાં બાળકોને ક્ષયનો ચેપ વિશેષ પ્રમાણમાં લાગે છે, અને ટી. બી. મેનિન્જાઈટીસ થવાની શક્યતા બીજા પ્રકારના ક્ષય કરતાં વિશેષ રહે છે.

ક્ષયરોગનાં જંતુને સ્ત્રી કે પુરુષનો ભેદભાવ લાગતો નથી —એટલે સ્ત્રી અને પુરુષ બન્નેને સરખા પ્રમાણમાં જ ક્ષયનાં જંતુ અસર કરે છે. માત્ર સામાજિક રિવાજ અને કમાવા માટે હાડમારી પડવાથી સ્ત્રી અને પુરૂષના આંકડા જુદા આવે છે.

પશ્ચિમના દેશોની વાત છોડી દઈએ તો આપણા દેશમાં આ આંકડામાં અસમાનતા રહ્યા જ કરે છે. બુરખા કે લાજનો રિવાજ પાળતી અને ચાર દીવાલોને પોતાનું સામ્રાજ્ય સમજી ઊગતા સૂર્યનો પ્રકાશ કે ખુલ્લી હવાની લહેરને અડવાનુ પતિવ્રત ધર્મની વિરુદ્ધ સમજતી બેસમજ નારીને આ રોગ વિશેષતઃ લાગુ પડે છે.

અને એવી જ રીતે થાક, ઉશ્કેરાટ, સતત પરિશ્રમ, હાડમારી, માનસિક ચિંતા અને બંધિયાર સ્થળમાં કામ કરનારને પણ આ રોગ થવાનો સંભવ વિશેષ રહે છે.

પથ્થરખાણના ખાણિયા, સોનાની રજ વીણતા સોના-ખાણના નિર્ધન મજૂર, વિશ્વને બળતણ પૂરું પાડવા પોતાનું

જીવન બાળનાર કોલસાની ખાણના કામદાર અને સાળખાતાનો મજૂર આ રોગનો વિશેષ કરીને ભોગ થાય છે. આ પુસ્તિકા લખાઈ છે ત્યાં સુધી કંઈ જ ધરખમ ફેરફાર આ ધંધાઓમાં થયા નથી એ શોચનીય છે. લેખકે અમદાવાદની મિલો થોડા મહિના પહેલાં જ જોઈ છે. કોલર ગોલ્ડ ફીલ્ડની ખાણોના અહેવાલો વાંચ્યા છે. બંગાળની કોલસાની ખાણોના અધતન આંકડા તપાસ્યા છે અને ત્યાર પછી જ આ નોંધ લખી છે.

ક્ષયરોગ થવાનાં કારણોમાં વર્ણસગાઈ કે કાળા–ગોરાનો ફેર માલૂમ પડતો નથી. પણ જ્યારે રોગથી મૃત્યુ પામેલાની સંખ્યાનો વિચાર કરીએ છીએ ત્યારે કાળા વર્ણમાં મૃત્યુનું પ્રમાણ વધુ માલૂમ પડે છે અને આવી જ રીતે બે વર્ષની ઉંમર નીચેનાં બાળકોમાં પણ મૃત્યુનું પ્રમાણ ઘણું હોય છે. જો કે નવી દવાની શોધો થવાથી આ પ્રમાણ ઘટાડી શકાયું છે. એટલે એમ કહી શકાય કે પહેલાં જે ક્ષયરોગ રાજ રોગ હતો તે અત્યારે પ્રધાન જેવો થઈ ગયો છે. બાકી પ્રધાનથી તેની કક્ષા ઊતરી નથી.

ક્ષયરોગનાં જંતુ એક જ પ્રકારનાં નથી હોતાં. અને તેવી જ રીતે દરેક વ્યક્તિની ક્ષયરોગ સામે ઝઝૂમવાની શક્તિ પણ કાયમ માટે એકધારી નથી હોતી. આ સિવાય ક્ષયનાં જંતુની સંખ્યા અને માનવશરીરમાં તે કઈ જગાએથી દાખલ થયાં, કયા સંજોગોમા દાખલ થયાં અને દાખલ થયા પછી માનવ–શરીરની સ્વસ્થતા કેટલી જળવાઈ રહી તે બધી જ બાબતો લક્ષમાં લેવાની રહે છે. એટલે કે હરકોઈ દર્દી ક્ષયના એક "એકમ" જેવો છે અને જો કે આવાં અનેક એકમમાં અમુક સામ્ય હોય છે તો પણ કોઈ એક દરદી સાથે બીજા દરદીને ભૂમિતિની આકૃતિની માફક સરખાવી ન શકાય.

આમ થવાનાં મુખ્ય કારણો તપાસતાં નીચે મુજબ ત્રણ વિભાગ પાડીએ તો સરળતા રહે :

(૧) આનુવંશિક શક્યતા
(૨) ક્ષયનાં જંતુથી લાગતો ચેપ
(૩) ચેપ લાગતાં શરીરની વિકૃત અવસ્થા.

આનુવંશિક શક્યતા

ક્ષય વારસાગત નથી. એનો અર્થ એ છે કે ક્ષયનાં જંતુ પુરુષના વીર્ય દ્વારા કે સ્ત્રીનાં રજ–બીજ દ્વારા બાળકના બંધાતા શરીરમાં પ્રવેશતાં નથી. આ ચોક્કસ હકીકત છે અને તેમાં કોઈ પણ જાતની શંકા નથી.

માતૃપક્ષેથી ગર્ભાશયમાં થઈને મેલી અથવા ઓર દ્વારા પણ રોગ બાળકોને વારસામાં મળતો નથી. ગર્ભાશયનો (અવયવનો પોતાનો જ) ક્ષય હોય અને મેલી કે ઓરમાં ક્ષય હોય તો બાળકને જન્મતાં ચેપ લાગે છે એ નિર્વિવાદ વાત છે પણ તેથી રોગ વારસાગત છે એમ ન કહી શકાય.

ત્યારે ક્ષયરોગમાં વારસામાં શું ઊતરી આવે છે? આ મુદ્દા પર મતભેદ છે. વારસામાં બચ્ચાની સાથે જ જંતુ નથી ઊતરી આવતાં એ સાચી વાત છે, તો પણ ક્ષયનાં જંતુઓ જલદીથી વધી શકે એવી પ્રકૃતિ વારસામાં ઊતરે છે.

બીજો મત એવો છે કે માતાપિતાને ક્ષયરોગ હોય તેવાં બાળકોમાં ક્ષયરોગની પ્રકૃતિ (ટયુબરકયુલર ડાયાથીસીઝ) વારસાગત નથી, પણ ક્ષયરોગનો ભોગ થવાની અથવા ક્ષયરોગની સામે ઝઝૂમવાની આવાં બાળકોની પોતાની જ શક્તિ પાછળથી તૈયાર થાય છે.

ક્ષયનાં જંતુથી લાગતો ચેપ

ક્ષયરોગનાં જંતુ ત્રણ પ્રકારનાં હોય છે. એવિયન એટલે કે પંખીજન્ય જંતુ સામાન્ય રીતે અગત્યનાં નથી હોતાં. બીજાં

છે બોવાઈન એટલે કે પશુજન્ય જંતુ. સામાન્ય રીતે ક્ષયનાં દર્દીમાંથી દસ ટકા જેટલાઓને આ દર્દ આ જાતનાં જંતુથી થાય છે. બાળકોને ક્ષયરોગ થાય છે તેમાં આ પ્રકારનાં જંતુ અગત્યનો ભાગ ભજવે છે. એમ કહી શકાય કે આંતરડાના ક્ષયથી રિબાતાં બાળકોમાં આ જંતુ ક્ષય માટે લગભગ પચાસ ટકા જવાબદાર હોય છે. ક્ષયની ગાંઠ જેને આપણે કંઠમાળ કે રસગ્રંથિનો ક્ષય કહીએ છીએ અને જે બાળપણમાં કે ઊગતી જુવાનીમાં માલૂમ પડે છે તે પણ આ પ્રકારનાં ક્ષયજંતુથી જ થાય છે. ચામડી ઉપર થતાં ક્ષયનાં ચાઠાં કે ચાંદાંમાં પણ આ જાતનાં જંતુ પચાસ ટકા જેટલો ભાગ ભજવે છે.

ત્રીજો પ્રકાર એ હ્યુમન એટલે માનવજન્ય જંતુનો છે અને માનવીમાં ક્ષયરોગ કરનારાં આ જંતુ મુખ્ય જવાબદાર ગણી શકાય.

હવે આ પ્રકારનાં જંતુ આપણી ઉપર કયા વિકૃત સંજોગોમાં હુમલો કરે છે તે આગળ ઉપર જોઈશું. પણ અત્રે એ યાદ રાખવું જરૂરી છે કે ક્ષયનો ચેપ આપણને મુખ્યત્વે બે પ્રકારે લાગે છે:

(૧) ક્ષયરોગ થયો હોય ને ગળફા કાઢતા હોય તેવા દર્દીના ગળફા વાટે, અને

(૨) જેને ક્ષયરોગ થયો હોય તેવાં દૂધાળાં જાનવરનું દૂધ પીવાથી.

આ સિવાય ક્ષયરોગ થયો હોય તેવા દર્દીના ઝાડા, પેસાબ કે પરુવાટે અથવા ક્ષયનાં જંતુ જેમાં ભળ્યાં હોય તેવા માંસાહારી ખોરાકથી પણ ક્ષયરોગ થવાનો સંભવ રહે છે ખરો. તેમ છતાંય ક્ષયના દર્દીના ગળફાને જ અગત્યનું કારણ ગણાવી શકાય.

ઠેકાણે છે તેથી પણ દૂધમાં ક્ષયનાં જંતુ ઓછા હોય એ સંભવિત છે અથવા તો મુંબઈ, અમદાવાદ, આણંદ વગેરે મોટાં દૂધનાં મથકોવાળા શહેરોમાં ભેંસનું દૂધ જ વ્યવહારિક રીતે પાલવે અને તે પણ મોટી મોટી દૂધની કોલોનીમાં પેશ્ચ્યુરાઈઝ થાય તેથી દિવસે દિવસે પશુજન્ય જંતુથી થતો ક્ષય ઓછો થતો હોય.

હવે આ બન્ને જાતના જતુ આપણા શરીરમાં કેવી રીતે પ્રવેશ કરે છે તે આપણે જોઈએ. પ્રથમ તો દૂધમાં આવેલાં આ જંતુ દૂધ પીતાંની સાથે અન્નનળીમા થઈને જઠરમાં આવે અને ત્યાથી નાના આંતરડામા જાય. વૈજ્ઞાનિક બ્હેરિંગ અને કાલ્મેટીએ પરોક્ષ રીતે પુરવાર કરી બતાવ્યું છે કે આ જંતુ નાના આતરડાની આંતરત્વચામાં નાની, સહેજ અળાઈ જેવી ઊપસેલી, ગતી અને ખનખસના દાણા જેવડી ઝીણી ઝીણી ફુણસી કરે છે જે આગળ જતા ફૂટી, ભેગી થઈ નાના નાનાં ચાઠા પાડે છે.

આ સિવાય લુગ વોલ્શહામે બતાવ્યુ છે તેમ દૂધમાં રહેલા ક્ષયના જંતુ ગલોફા અને દાત વચ્ચે તથા ગળામા ભરાઈ રહી ત્યાથી કાકડાની વચ્ચે વચ્ચે આવેલી સૂક્ષ્મ જગામાંથી પસાર થઈ ગળાના ઉપરના ભાગમા આવેલી રસગ્રંથિ ઉપર હુમલો કરે છે ઘણુખરુ કાકડા આવે વખતે હુમલામાથી બચી જાય છે

માનવજન્ય ક્ષયજતુ, સુકાયેલા ગળફાની થઈ ગયેલ સૂક્ષ્મરજ વાટે માણસના નાક કે ગળાદ્વારા શ્વાસનળીમા જાય છે ને ત્યાથી રસવાહિનીમા થઈ શ્વાસનળીની આસપાસ આવેલી રસગ્રંથિ પર હુમલો કરે છે આ વખતે આ રસગ્રથિ સૂજી જાય છે—પણ ઘણુખરુ સમય જતા આ સોજો મટી જાય છે. કેટલાંક જતુ આ રસગ્રંથિમાથી આગળ વધી લોહી દ્વારા ફેફસામા સરખી રીતે સપ્રમાણ વહેંચાઈ જાય છે. અહીં આ

પ્રમાણે આવેલાં જંતુથી પણ સોજો તો આવે જ છે, પણ ફેફસાના બીજા ભાગમાં સોજો મટી જાય છે. માત્ર ફેફસાની ટોચે લગભગ હાંસડીનું હાડકું છે તે સપાટીની સમાંતર ને તેની સહેજ નીચે આ સોજો મટતાં વાર લાગે છે કે રૂઝ આવતી નથી–તેથી આપણે જેને ફેફસાંનો ક્ષય કહીએ છીએ તે ઉત્પન્ન થાય છે.

વિકૃત શારીરિક અવસ્થા

આપણે ઉપર જોયું તેમ ક્ષયના જંતુથી રસગ્રંથિમાં સોજો આવે છે ને પાછો મટી પણ જાય છે. ફેફ્સાંમાં પણ સોજો આવે છે ને પાછો મટી પણ જાય છે. માત્ર ફેફસાંના ઉપરના ભાગમાં આ પ્રમાણે રૂઝ આવતાં વાર લાગે છે અથવા રૂઝ આવતી નથી. રૂઝ કયારે એટલે કે કયા સંજોગોમાં ન આવે અથવા એવાં કયાં કારણો છે કે જેને લીધે રૂઝ મોડી આવે છે એ આપણે જોઈએ.

વારસામાં ઊતરી આવેલી ક્ષયનાં જંતુ સામે ઝઝૂમવાની કમ શકિત ક્ષયનાં જંતુથી થયેલો સોજો રૂઝવા દેતી નથી.

તે ઉપરાંત જીવનશકિત (વાઈટાલીટી) કમી કરનાર કારણો પણ ક્ષયનાં જંતુથી થયેલો સોજો રૂઝવા દેતાં નથી એટલું જ નહિ પણ લાગેલ સોજો આગળ વધી જાય છે અને દર્દ સામે ઝઝૂમવાની શક્તિ સાવ ક્ષીણ થતી જાય છે.

આ સિવાય ક્ષયનાં જંતુની સંખ્યા વધારે હોય તો પણ અથવા સંખ્યા વધારે ન હોય પણ દરેક જંતુનું જોર વધારે હોય તો પણ ક્ષયરોગ થાય છે.

સામાન્ય રીતે કહી શકાય કે જીવનશકિત કમી કરનાર દરેક કારણ ક્ષયનાં જંતુ માટે માર્ગ સરળ કરે છે. આ કારણોને મુખ્ય ત્રણ ભાગમાં વહેંચી શકાય :

(૧) આરોગ્યને હાનિકારક કારણો
(૨) જીવનશક્તિ કમી કરનાર કેટલાક રોગો
(૩) સાત્ત્વિક ખોરાકનો અભાવ

ક્ષયરોગ ઓછો કરવામાં સૂર્યનો તાપ અગત્યનો ભાગ ભજવે છે. આર્યો સૂર્યને પ્રકૃતિતત્ત્વ તરીકે પૂજે છે. આપણી ઘણી સ્તુતિઓ સૂર્ય દેવતા ઉપર લખાઈ છે. શ્રી યાજ્ઞવલ્કય તો સૂર્યને અખિલ જગતનો આત્મા માને છે. ક્ષયના રોગીનો તો સૂર્ય જ આત્મા છે એમ કહેવામાં અતિશયોક્તિ નથી.

ક્ષયનાં જંતુઓ ૮૨ ડિગ્રી ફેરનહાઈટ જેટલી ગરમીમાં વૃદ્ધિ પામે છે એ ખરી વાત છે પણ સૂર્યના ખુલ્લા તાપમાં અને હવામાં તેઓ વધી શકતાં નથી. એટલું જ નહિ પણ તેમનો નાશ પણ થઈ જાય છે. ગંધાતા ગળફામાં આશરે છ અઠવાડિયાં સુધી ક્ષયનાં જંતુ જીવતાં રહી શકે છે; અને આશરે છ મહિના સુધી પણ શુષ્ક જંતુ વિષમય સ્થિતિ જાળવી શકે છે.

સૂર્યનાં કિરણો ક્ષયજંતુનો નાશ કરે છે. એના ઉપરથી હેલીઓથીરપી એટલે સૂર્યકિરણચિકિત્સા અને અલ્ટ્રા વાયોલેટ થીરપી એટલે પારનીલકિરણચિકિત્સા અસ્તિત્વમાં આવી છે. સૂર્યનાં કિરણનો અભાવ ક્ષયરોગ ફેલાવવામાં મુખ્ય ભાગ ભજવે છે.

પૂર્વનો સૂર્ય ઊગતાં જ ઘરમાં કિરણો પડે એવાં ઘર ઉત્તમ ગણી શકાય. સાંજનાં કિરણો ઉત્તમ ન ગણાય. તેમ છતાંય ક્ષયરોગ થવાનું જે બીજું કારણ છે તે ભેજનો તો સાંજનાં અથવા બપોરનાં કિરણોથી પણ નાશ થાય જ છે.

ભોંયતળિયાનાં ઘર, અંધારમાં બંધાયેલી હવેલીઓ કે પૈસાની તંગીથી ઊભાં કરાયેલાં ઝૂંપડાંમાં સૂર્યનો તડકો આવી શકે નહિ.

મને ઘણી વાર વિચાર આવે છે કે જેમ ડી. ડી. ટી. છાંટીએ છીએ તેમ એકાદ શક્તિશાળી પારનીલ કિરણ ફેંકતા દીવાથી આવાં અંધારિયાં ઘરોમાં પારનીલ કિરણો ફેંકયાં હોય તો ઘણાં જંતુ નાશ પામે. અલબત્ત, આ કામ કોઈ સંસ્થાએ ઉપાડી લેવું જોઇએ.

ભેજ, બંધિયાર હવા અને દૂષિત વાયુવાળા વાતાવરણમાં રહેવાથી તંદુરસ્તીને અતિ નુકસાન થાય છે. સામાન્ય તંદુરસ્તી માટે ફેફસાંમાં આવેલા લોહીને પ્રાણવાયુયુક્ત કરવા માટે સ્વચ્છ હવા પૂરતા પ્રમાણમાં મળવી જોઈએ. પણ ખરાબ હવા શ્વાસ વાટે ફેફસાંમાં જાય તો લોહીમાં સંપૂર્ણપણે પ્રાણવાયુ ભળે નહિ અને તેથી દરેક સ્નાયુમાં શક્તિ ટકી ન રહે. આમ અંતમાં જીવનશક્તિ કમી થાય.

આ સિવાય હવામાં કચરાના પરમાણુ હોય કે કારખાનાં, મિલો અને નાના નાના રાસાયિણિક ઉદ્યોગોમાંથી ઊડતી દૂષિત રજ પણ હોય. આ બધા રજકણો ભેજના અતિ સૂક્ષ્મ રજકણથી બંધાયેલા રહી ફેફસાંમાં પ્રવેશ કર્યા કરે તો પણ જીવનશક્તિ કમી થાય છે કેમ કે તેમના પ્રવેશવાથી શ્વાસનળી, તેની પાસેની ગાંઠો, ગળામાં અને કાકડામાં વારંવાર સોજો આવી જાય છે.

રહેઠાણ વિષે એમ કહી શકાય કે જ્યાં માણસને આરામ કરવાનો છે ને રહેવાનું છે ત્યાં એક માણસ દીઠ ઓછામાં ઓછી ૧૨ ફૂટ ઊંચી, ૧૦ ફૂટ લાંબી અને ૧૦ ફૂટ પહોળી જગા હોવી જોઈએ.

કારખાનાં, નિશાળ, સિનેમા, નાટયગૃહ કે સભાના સમારંભમાં માણસ દીઠ ૬૦ થી ૬૪ ઘનફૂટ જગા રાખવી જોઈએ કેમ કે થોડી જગામાં ઘણા માણસો રહેવાથી હવા બગડે છે.

આ સિવાય જીવનશકિત કમી કરનારાં કારણોમાં જીવન જીવવા માટે કરવી પડતી અતિ મહેનત અને છતાં તંગી, અર્ધ ભૂખમરો, કંગાલિયત, ચિંતા વગેરે ગણાવી શકાય.

ઉપરાંત દારૂનું દીર્ઘ વ્યસન પણ જીવનશકિત કમી કરે છે. સિગાર, સિગારેટ, બીડી, ચલમ, ગાંજો વગેરેથી પ્રત્યક્ષ રીતે ક્ષય થતો નથી પરંતુ વારંવાર પીવાથી ગળામાં અને શ્વાસનળીમાં સોજો આવે છે. વળી વ્યસન માત્ર ખર્ચાળ હોય છે. તેથી આ બધી જ બાબતોનો વિચાર કરીએ તો પરોક્ષ રીતે જીવનશકિત કમી કરનારાં કારણોમાં તેમને ગણવાં જ જોઈએ.

સ્ત્રીઓને વારંવાર પ્રસૂતિ થવાથી અને બાળકને વધારે વખત ધવડાવવાથી પણ જીવનશક્તિ કમી થાય છે તેથી ક્ષય-રોગ થવાનો સંભવ રહે છે. કેટલીક સ્ત્રીઓમા એવી પ્રચલિત માન્યતા છે કે બાળક મોટુ થાય ત્યા સુધી ધવરાવ્યા કરવાથી ગર્ભાધાન વહેલુ થતુ નથી ધાવણ બાળકનો ઉત્તમ ખોરાક છે એમ જ લેખક ચોક્કસપણે માને છે પણ સાથે સાથે મા અને બાળક બન્નેની તદુરસ્તીનો વિચાર કરવો જોઈએ. એકાદ હકી-કતને જળોની માફક ચોટી ન રહેતા દરેક વસ્તુમા સારાસારનો વિચાર કરવો જ જોઈએ ધાવણ ઉત્તમ ખોરાક છે પણ સે તો ઘણાય કિસ્સામા ક્ષયરોગથી પીડાતી માતાને પોતાના બચ્ચાને ધવરાવતાં જોઈ છે આવી માતાનુ દૂધ જવાથી માને નુકસાન થાય છે, અને ધાવતા ધાવતા માતાની નિકટ જવાનો પ્રસગ આવવાથી બાળકને હાનિ થાય છે.

આ સિવાય નાનપણમા કે યૌવનમા થયેલા રોગ પણ જીવનશક્તિ કમી કરે છે.

મેલેરિયા: જો કે હાલ મેલેરિયા રોગ સામે સામુદાયિક ઝુબેશ ઊપડવાથી આ રોગ કમી થયો છે. પણ મેલેરિયાનો

હુમલો વારવાર થવાથી જીવનશક્તિ ઘણી કમી થઈ જાય છે અને શરીર ક્ષીણ થતા ક્ષયરોગ થવાનો સભવ રહે છે

શ્વાસનળીના જીર્ણ સોજા (ક્રોનિક બ્રૉન્કાઇટીઝ), દમ, એમ્ફિસિમા અને વારવાર શરદી થવાથી પણ જીવનશક્તિ કમી થાય છે (શ્વાસનળીની આતરત્વચા નબળી પડી જઈ ઉચ્છ્વાસ વખતે બળ કરવાથી ફેફસા ઉપર જોર પડે છે તેથી તે મોટા થઈ પહોળા પડી જાય છે ને શક્તિહીન બની જાય છે આને અગ્રેજીમા એમ્ફિસિમા કહેવાય છે) નબળી શ્વાસનળી અને દબાયેલા ફેફમા ક્ષયરોગના જતુનો રસ્તો સુગમ કરે છે

હૃદયરોગથી—ખાસ કરીને હૃદયની પડદીના રોગથી—ફેફસા ઉપર બળ આવતા ફેફમા નબળા પડી જઈ જીવનશક્તિ કમી થાય છે

મધુપ્રમેહ કે સાકરિયો પ્રમેહ (ડાયાબિટીઝ) આ રોગ વિશે એમ કહી શકાય કે મધુપ્રમેહ ક્ષયના જતુની કયારી છે—એટલે કે ક્ષયના જતુની વૃદ્ધિ કરવામા ડાયાબીટીઝ રોગ અતિ મહત્ત્વનો ભાગ ભજવે છે

એમ કહી શકાય કે મધુપ્રમેહના દર્દીઓમાથી આશરે ૭ થી ૧૦ ટકાને ક્ષયરોગ થવાનો સભવ રહે છે

કેન્સર મને લાગે છે કે કેન્સરનો પ્રશ્ન બાજુ પર ગખીએ એ જ ઠીક છે કેમકે કેન્સરવાળા દર્દીને ક્ષયરોગ લગભગ જીવનની અતિમ પળમા થાય છે તે વખતે કેન્સરથી જ મૃત્યુ નક્કી થઈ ચૂકયુ હોય છે

પ્રકીર્ણ દર્દો ગરમીનુ દર્દ તથા મરડો, હોજરીમા ચાદા, ગુદાનો સોજો, આતરડામા ચાદા કે સગ્રહણીથી જીવનશક્તિ ઓછી થઈ જાય છે અને આ રીતે ક્ષયરોગ થવાનો સભવ વિશેષ રહે છે

નાનપણમા થયેલી મોટી ઉધરસ, ઓરી, શીળી, અછબડા, સુખતાન (રિકેટસ) વગેરે રોગો પણ તેમની અસર, પરખીડિયા ઉપરની છાપની માફક, ફેફસા ઉપર મૂકતા જાય છે અને જ્યારે ક્ષયરોગ થાય છે ત્યારે આ છાપ પાછી ઉકેલવાથી તેનુ મૂળ સ્થાન શોધી શકાય છે

આ સિવાય બાળકોમા ક્ષયથી મરણપ્રમાણ વિશેષ હોય છે ખાસ કરીને બે વર્ષથી નીચેની ઉંમરમા અને પરદેનશીન કે લાજ કાઢતી અને ઉત્તરોત્તર પ્રસૂતિમા ઘસાતી કે બાળકોને વારવાર લાબા ગાળા સુધી ધવરાવતી સ્ત્રીઓમા પણ મૃત્યુનુ પ્રમાણ વિશેષ હોય છે પણ આ બધા કરતા અગત્યનો પ્રશ્ન ખોરાકનો છે

ખોરાક

સાત્વિક ખોરાક વગર જીવન ટકી શકે નહિ અન્ન જ બ્રહ્મ છે એમ ઉપનિષદકારો પણ કહે છે સાત્વિક ખોરાકથી જીવનશકિત ટકી રહે છે અને ટકી રહેલી જીવનશકિત સામે કોઈ પણ રોગ ટકી શકે નહિ એ નિર્વિવાદ વાત છે પણ ખરી દુર્ઘટના એ છે કે જેને ભૂખ છે તેની પાસે અન્ન નથી અને અન્ન છે તેને ખાવાની ખબર નથી

ગુજરાતમા સામાન્ય રીતે ખોરાકની વ્યવસ્થા આવી હોય છે સવારમા ઊઠ્યા પછી થોડી વારમા ચા, દૂધ, કૉફી કે કોકો પિવાય છે શ્રીમત ઘરોમા એની સાથે ચારપાચ પૂરી કે બ્રેડના ત્રણચાર કટકા ખવાય છે મધ્યમ વર્ગના લોકો એકાદ બે ભાખરી કે પરોઠા ખાય અને કામદાર વર્ગ એકાદ બે રોટલા ખાય

બપોરના જમણમા રોટલી, દાળ, ભાત, શાક, કઢોળ વગેરે મધ્યમ વર્ગના કુટુબોમા સામાન્ય છે શ્રીમત કુટુબમા શાક

બે હોય, એકાદ મિષ્ટાન્ન હોય કે કઠોળ ઉપરાંત ફરસાણ પણ હોય. કામદારોનાં કુટુંબોમાં બપોરે પણ એક બે રોટલા અને દાળ લેવાનું સામાન્ય ગણાય.

બપોરની ચા વખતે બ્રેડ, પરોઠાં કે ભાખરી અને ચા લેવાય છે.

સાંજે મધ્યમ વર્ગ અને શ્રીમંત કુટુંબનો ખોરાક બપોરના ભોજન જેવો જ હોય છે. કામદાર વર્ગ સાંજે પણ એક બે રોટલા અને ખીચડી કે દાળ લે છે.

ઉપર બતાવેલી વસ્તુઓ લગભગ બધા માણસો લે છે. જ્યારે દૂધ, દહીં, છાશ, ફળ, શાકભાજી, બટાટા, શકરિયા વગેરે કંદ અને ઘી, તેલ વગેરે પદાર્થો બધા માણસો સરખા પ્રમાણમાં લેતા નથી.

આપણા ખોરાકમાં આશરે એક શેર દૂધ કે તેમાંથી બનતી છાશ, દહીં અગર ઘોળવું ઉમેરાય તો લગભગ સંપૂર્ણ ખોરાક થાય. પણ દૂધનું પ્રમાણ આપણા દેશમાં બહુ જ ઓછું લેવાય છે. આખી દુનિયાના ત્રીજા ભાગનાં ઢોર આપણા દેશમાં હોવા છતાં આપણા લોકોને ભાગે માણસ દીઠ ૧૫ તોલા જેટલું દૂધ પણ આવતું નથી. જ્યારે ન્યૂઝીલૅન્ડમાં માથાદીઠ ૧૪૦ તોલા, ડેન્માર્કમાં ૧૦૦ તોલા, ઈંગ્લૅન્ડમાં ૮૭ તોલા દૂધ વપરાય છે.

સરકારે મદદ આપીને પણ દૂધના ભાવ ઉતારવા જોઈએ. વળી જમણવાર તથા મોટા વરામાં દૂધની બનાવટો વાપરવા ઉપર પ્રતિબંધ મૂકીને પણ સામાન્ય માનવીને દૂધ મળે એમ કરવું જોઈએ.

અને દૂધ આપનાર જાનવરની કતલ કાયદો કરી બંધ કરવી જોઈએ. વસ્તુ સસ્તી અને પરવડે તેવી હોય તો જ તેને

માટે આપેલી સલાહ વાજબી ગણાય. એટલે હું આગ્રહ રાખું છું કે દૂધની કિંમત દરેકને પોસાય તેવી કરવા સરકારે બધાં જ પગલાં લેવાં જોઈએ.

ખોરાક ઉપરાંત બધાં જ વિટામીનવાળી ટીકડીઓ બજારમાં મળે છે તેનો પૂરક વિટામીન તરીકે ઉપયોગ કરવો જોઈએ. આ વિટામીન ટીકડીઓ બહુ મોંઘી નથી હોતી.

આમ જો આદર્શ ખોરાક કાયમ માટે લેવાતો હોય તો જીવનશક્તિ ટકી રહે છે અને ક્ષયરોગ સામે ઝઝૂમવાની શક્તિ પણ ટકી રહે છે. માત્ર ક્ષયરોગ જ નહિ પણ કોઈ પણ રોગનો હુમલો થતો અટકી જાય છે.

પરંતુ આ ખોરાકમાં ક્ષતિ આવતાં જ જીવનશક્તિ ઓછી થવા માંડે છે અને ક્ષયરોગ થવા સંભવ રહે છે.

ક્ષયના પ્રકાર

આપણી સામાન્ય માન્યતા એવી છે કે ક્ષય એટલે ફેફસાંનો કે હાડકાંનો ક્ષયરોગ. પણ ઉપરની વિગતો વાંચ્યા પછી ખ્યાલ આવી ગયો હશે કે ક્ષય એટલે ક્ષયનાં જંતુથી આપણા શરીર ઉપર થતો હુમલો. ક્ષય ગમે તે અવયવમાં થઈ શકે. માત્ર કેટલાંક અવયવોમા ક્ષયરોગ થવાનો સંભવ વિશેષ હોય છે એટલું જ.

ક્ષયરોગથી ઘણી વાર માત્ર સોજો આવી અમુક અવયવમાં રસની જમાવટ થાય છે.

ફેફસાના આવરણમાં રસની જમાવટ થાય (પ્લુરસી), સાંધાના આવરણમાં રસની જમાવટ થાય (આરથ્રાઈટીસ), મગજના આવરણમાં રસની જમાવટ થાય (ટી.બી. મૅનિન્જાઈટીસ), ઉદરાંત વેષ્ટનમાં રસની જમાવટ થાય (ટી. બી. પેરીટોનાઈટીસ)

અથવા આગળ બતાવ્યું તેમ નાની નાની અળાઈ જેવી ઊપજેલી ખમખસના દાણા જેવડી, રાતા રંગની ફુણુસી ગમે તે અવયવ ઉપર લાગી તેટલો ભાગ નબળો પાડી નાખે અને નબળો પડેલો ભાગ ગળી જાય અને ચાંદાં પડે, ઘારાં પડે કે તેટલો ભાગ બેસી જાય.

શરીરનાં ક્યાં અવયવોને ક્ષય થાય છે?

શ્વાસમાર્ગ, લોહીની નસો, મગજ, હાડકાં, ચામડી, અન્નનળી, હોજરી, આંતરડાં, લીવર, બરોળ, ગુદા, મૂત્રાશય, જનનેન્દ્રિય, નાક, કાન, આંખ, ગળું વગેરે તમામ અવયવોમાં ક્ષય થઈ શકે છે. ગમે તે અવયવ જ્યારે આ હુમલાનો ભોગ બને છે ત્યારે અમુક પ્રકારનાં સામાન્ય ચિહ્નો જણાવા માંડે છે.

રોગનાં ચિહ્નો

ક્ષયના દર્દીને શક્તિ ઘટવી, વજન ઓછું થઈ જવું, ભૂખ મરી જવી અને ચહેરો નિસ્તેજ બની જવો વગેરે લક્ષણો જણાય છે.

બિમાર શરૂઆતમાં એક ફરિયાદ ચોક્કસ કરે છે કે "શરીરને ચેન પડતું નથી." ત્યારે ઘણા એમ પણ કહે છે કે "પહેલાં સાંજ સુધી થાકતો નહિ પણ હવે પહેલાં જેટલુ કામ થતું નથી, અથવા તો થાક થાક લાગ્યા કરે છે, હાથપગ તૂટે છે, હાથપગ પાણી પાણી થઈ જાય છે અને રાત્રે પરસેવો વળે છે. કોઈક વાર "ઠમકુ" ઉધરસ આવે છે. બાકી ગળફા કે તાવ જેવું નથી. કળતર રહે છે. હા, એક વાર લોહી પડેલું પણ એ તો અમથું મહેજ ગળું ઘસાઈને સવારમા પરેલુ. બાકી કાંઈ છે નહિ...."

દર્દીને આ સ્થિતિમાં તપાસતા માત્ર શ્વાસનળીની આજુબાજુ આવેલી રસગ્રંથિ (હાઈલર ગ્લેંડ્સ) નો સોજો હોય

છે અને ઉપરનાં ચિહ્નો ત્યાં આવેલા મજ્જાતંતુ પરના દબાણને લીધે થાય છે.

પણ પછીથી ઉધરસ આવવા માંડે છે. "ગળામાં અને છાતીમાંથી ગળફા છૂટતા નથી" એમ દર્દી કહે છે અને માત્ર ગળફા છૂટી જાય તેવી દવા માગે છે અથવા તો ફીણવાળો, પાતળો, ચીકણો અને હાથીદાંત જેવા રંગનો ગળફો નીકળતો હોય છે. ગળફો વિશેષે કરીને શ્રમ કર્યા પછી કે વહેલી સવારમાં આવે છે. ગળફા સાથે કોઈક વાર તાંતણાની જેમ લોહી નીકળે છે તો કોઈક વાર લોહીના જ ગળફા પડે છે. કોઈક વાર ઉધરસ પહેલાં તો કોઈક વાર ઉધરસ સાથે જ અવાજ બેસી જાય છે ને ગળામાં પાછળના ભાગમાં ગલીપચી થતી હોય તેવું લાગે છે.

તાવ

ક્ષયમાં કયા પ્રકારનો તાવ આવશે એ ચોક્કસ કહી શકાય નહિ. સામાન્ય રીતે જીર્ણ તાવ એટલે ૯૯ થી ૧૦૦ ડિગ્રી જેટલો તાવ ઘણો લાંબો સમય આવ્યા કરે છે અને અંતમાં ૧૦૪ ડિગ્રી સુધી પણ જાય છે. તાવ એકધારો રહે છે અથવા શ્રમ કર્યા પછી એકાદ બે ડિગ્રી વધી જાય છે. તાવ ઊતરી ગયા પછી બિમાર પથારીવશ રહેતો નથી. રાત સુધી તાવ રહે છે અને સવારે ઊઠતાં કંઈ જ નથી એમ લાગે છે. પણ તાવ માપતાં એકાદ ડિગ્રી વધુ માલૂમ પડે છે. કોઈક વાર ટાઢ વાઈને પણ તાવ આવે છે, તો કોઈક વાર ટાઢ સિવાય તાવ આવે છે.

લોહી પડવું

કાં તો દર્દની શરૂઆતમાં અથવા છેવટે લોહી પડે છે. ગળફામાં તાંતણાની માફક વીંટાઈને લોહી પડે છે અથવા લોહીના ગળફા જ તૂટી પડે છે.

હોય છે. પણ ઘેર તથા નાના દવાખાનામાં નીચે પ્રમાણે કાળજી રાખવી. છેલ્લો ગળફો કાઢયો હોય ત્યારબાદ એકાદ કલાક પછી જ થૂંકદાની અને ગળફાનો નિકાલ કરવો હિતાવહ છે. ઘરના કંપાઉંડના એક ખૂણે લાકડાનો છોલ, કાગળિયાં, સુકાયેલું ઘાસ કે પાંદડાં લઈને થોડુંક ઘ્યાસતેલ નાખી સળગાવવાં અને બળતામાં જ ગળફા નાખી દેવા. ખાસ એ ધ્યાન રાખવું કે ગળફા નાખ્યા પછી ૧૦ થી ૧૫ મિનિટ સુધી બળતણ ચાલુ જ રહેવું જોઈએ. ત્યાર બાદ થૂંકદાનીને ઉકળતા પાણીમાં નાખી ઉકાળી નાખવી અથવા તેને પણ અગ્નિમાં નાખીને જ ફરીથી ઉપયોગ કરવો. થૂંકદાની ઉપાડીને એક ઠેકાણેથી બીજે ઠેકાણે લઈ જવાની હોય તો પણ હાથ સાબુથી ધોઈ નાખવા.

આ સિવાય જે કુટુંબમાં આગળ ક્ષયરોગનો કેસ બની ગયો હોય તે કુટુંબનાં બાળકોને બી. સી. જી. નામની ક્ષય-પ્રતિબંધક રસી મુકાવી દેવી. આ રસી શું છે અને એનાથી શા ફાયદા થાય છે એ ક્ષયવિરોધી ઝુંબેશમાં ખૂબ જ સારી રીતે સમજાવાય છે એટલે અહીં એનું વિવરણ નહિ કરીએ.

આવાં બાળકોનો અભ્યાસ અને ત્યાર બાદ નોકરી કે ધંધો એવી રીતે પસંદ કરવાં જોઈએ કે જેમ બને તેમ શારીરિક હાડમારી ઓછી પડે. તેમના ખોરાક ઉપર, દિનચર્યા ઉપર અને રહેણીકરણી ઉપર ખાસ ધ્યાન આપવું જોઈએ.

દૂધ બાબતમાં ખાસ કરીને પેશ્ચ્યુરાઈઝડ દૂધનો જ ઉપયોગ કરવા આગ્રહ રાખવો જોઈએ. દૂધ ઉકાળીને પીવું ક્ષયરોગની દૃષ્ટિએ લાભકારક છે પણ ઉકાળવાથી દૂધનાં કેટલાંક જીવનતત્ત્વો બળી જાય છે એ પણ ખ્યાલમાં રાખવું જોઈએ.

ઘરની આવજત

હિંદુસ્તાનમાં ક્ષયના દર્દી વિશેષ છે અને દવાખાનાં કે

સૅનેટોરિયમની સંખ્યા સાવ થોડી છે. નજદીકના ભવિષ્યમાં પૂરતા પ્રમાણમાં સૅનેટોરિયમોની વ્યવસ્થા થઈ શકે તેમ નથી. એવે સમયે ઘરની માવજત ઉપર જ વિશેષ આધાર રાખવાનો રહ્યો.

તદ્દન ગરીબ અથવા રોજી કમાનાર ઘરના મુખ્ય માણસને જ ક્ષયરોગ થયો હોય ત્યાં ઘરમાવજતનો પ્રશ્ન અર્થ વગરનો છે. માટે આવા દર્દીને સૅનેટોરિયમમાં જ સારવાર મળવી જોઈએ. અને સરકારે પણ કાયદો કરી રોજી કમાનાર માણસને ક્ષયરોગ થયો હોય તો સૅનેટોરિયમમાં દાખલ કરવા માટે પહેલી પસંદગી આપવી જોઈએ એટલું જ નહિ પણ આવા દર્દીની સારવાર માટે મદદ કરવી જોઈએ. સરકાર તરફથી પછાત વર્ગના દર્દીને છ મહિના સુધી માસિક ૫૦ રૂપિયા લેખે ક્ષયરોગની સારવાર માટે મદદ મળે છે તે ઘણું આવકારપાત્ર ગણી શકાય. આ મદદ બંધ ન થવી જોઈએ.

સામાન્ય કુટુમ્બના માણસો માટે, કે જેઓને ખાનગી દવાખાનાં મોંઘાં પડે તેમને માટે, સૅનેટોરિયમ તરફથી નાનાં નાનાં ક્લિનિકો ચલાવી યોગ્ય સલાહ, સૂચના તથા ઈન્જેકશન, હવા ભરવાની સગવડ તથા યોગ્ય સલાહ અને ઘરમાં રહી કેવી રીતે તંદુરસ્તી જાળવી શકે તેનું શિક્ષણ અને દાર્શનિક સમજણ અપાવાં જોઈએ. મોટાં શહેરોમાં આવાં ક્લિનિક હોય છે પણ ગામડાંમાં કંઈ જ સગવડ નથી. માત્ર સૅનેટોરિયમની પાછળ ખૂબ ખર્ચા નહિ કરતાં નાનાં ક્લિનિકો તાત્કાલિક સ્થાપવાં જોઈએ અને બધાં જ ક્લિનિકો એકબીજાની સાથે સંકળાયેલાં રહે અને તે બધાં ઉપર મુખ્ય સૅનેટોરિયમની સીધી દેખરેખ રહે એવી ગોઠવણ કરવી જોઈએ.

જે ધનવાનો પોતાના ઘરને જ નાનકડું સૅનેટોરિયમ બનાવી શકે છે અને પોતાના ફૅમિલી ડૉક્ટરની સારવાર લઈ

શકે છે તેમને ઘેર રહેવા દેવાથી સારાં પરિણામ લાવી શકાય. પણ આવા દર્દી માટે એકાદ સૅનેટોરિયમની સગવડ હંમેશાં મદદરૂપ થવી જોઈએ જેથી આવા કુટુંબના ડૉક્ટરને કંઈ પણ તપાસની જરૂર લાગતાં આ સૅનેટોરિયમમાં દર્દીને મોકલાવી શકે. દર્દી સૅનેટોરિયમનો જ છે, માત્ર ઘેર સારવાર લે છે, એવું જ વલણ સૅનેટોરિયમના વહીવટકર્તાએ અખત્યાર કરવુ જોઈએ. ઘરમાવજત કરતી વખતે ખાસ ધ્યાન રાખવું કે બિમારથી ન ઊપડે તેવો આર્થિક બોજો ન પડે, અને ઘરમાવજત કરતી વખતે એક સૅનેટોરિયમ જેટલી જ કાળજી રાખવી, નહિ તો લાભ થવા કરતાં નુકસાન થવાનો વિશેષ સંભવ છે.

જે ઘરમાં બિમારની ગોઠવણ કરવાની હોય તેમાં ધંધા સંબંધી વસ્તુઓ રાખવી નહિ. ટેલિફોન, અવાજ, મુલાકાતીઓનાં ટોળાં દૂર કરવાં અને માત્ર માનસિક આનંદ રહે તેવી અને શારીરિક આરામ મળે તેવી જ સાદી ગોઠવણ કરવી. ઓરડો મકાનને એક છેડે રાખવો. તેમાં પુષ્કળ હવા, સૂર્યનું તેજ અને શાંતિ જરૂરી છે. ઓરડો સાવ દવાખાના જેવો ન બનાવી નાખવો તેમ જ કોઈ મિનેનટીના ઓરડા જેવો અતિ ભભકભર્યો પણ ન રાખવો. મનને આનંદ પડે તેવાં સૌમ્ય ચિત્રો, આનંદદાયક પુસ્તકો અને આછો શણગાર કરવો, કેમ કે ક્ષયરોગનાં દર્દી તેમનાં ફેફસાંની એક જોડ સમી કરાવવા નથી આવતા પણ ક્ષયરોગની દવા કરાવવા આવે છે એટલે દેહ અને મન બન્નેમાંથી રોગ નાબૂદ કરવા તરફ લક્ષ રાખવું અતિ જરૂરી છે.

સીધા પવનના સપાટા ન આવે તેમ, પણ પવનની લહેરથી ભરપુર એવી જગામાં મચ્છરદાનીવાળું, સુંવાળાં ગોદી-તકિયાનું, સ્વચ્છ અને જલદીથી ધોઈ શકાય તેવી

ચાદરવાળું બિછાનું રાખવું. બને તો બે સરખા ખાટલા જ રાખવા જેથી એક ખાટલો સાફ થાય તે વખતે ઊઠયા વગર આળોટીને બીજા ખાટલા ઉપર બિમાર જઈ શકે.

મુખ્ય પાયા : નિદ્રા અને આરામ

રાત્રિની નિદ્રા અને દિવસનો આરામ એ ક્ષયરોગ મટાડવાના મુખ્ય પાયા છે.

દિવસના ભાગમાં ખાટલામાં ચત્તા સૂઈ રહેવું, પગ લાંબા રાખવા, હાથના પંજાનો ભાગ ગાદી તરફ રાખી હાથ લાંબા રાખવા, મનને બધા જ વિચારમાંથી પાછું ખેંચી લેવું અને શૂન્યમનસ્ક થઈ જવું. ખૂબ ઊંડા પણ બહુ જ ધીમા અને થોડા શ્વાસ લેવા. આંખો બંધ રાખવી. આમ દિવસમાં જેટલી ઘડી વધારે રહેવાય તેટલી ઘડી રહેવા પ્રયત્ન કરવો. આને નિર્વિકલ્પ આરામ (ઍબ્સોલ્યુટ રેસ્ટ) કહેવાય છે. આ આરામ આનંદથી કરવાનો છે, માત્ર શુષ્ક કસરતની માફક યંત્ર પ્રમાણે કરવાનો નથી.

ખોરાક ઉપર આગળ લખ્યું છે તેમ ક્ષયના દર્દીને પ્રોટીન તથા ચરબીયુક્ત પદાર્થો વધારે આપવા જોઈએ. એટલે દૂધ, દહીં, છાશ, માખણ, ઈંડાં, માંસનો સૂપ વગેરે ૨૦ થી ૨૫ ટકા જેટલાં વિશેષ આપવાં જોઈએ.

દર્દીના ઓરડામાં જ ખાળમોરીની સગવડ રાખવી. કપડાં શરીરથી છૂટાં અને વજનમાં હલકાં રાખવાં. ખાંસી ખાતી વખતે રૂમાલ મોં આગળ રાખવાની ટેવ પાડવી જોઈએ. મોં આગળ હાથ રાખી ખાંસી ખાવી ન જોઈએ.

નહાવામાં કંઈ નુકસાન નથી પણ સાધારણ હૂંફાળા પાણીથી, અને તો બીજાની મદદથી, નહાવું.

હવે ક્ષયને લગતા કેટલાક અગત્યના પ્રશ્નોનો વિચાર કરીએ.

લગ્ન અને ક્ષયરોગ

ક્ષયરોગ થયો હોય તેવા દરદીએ લગ્ન ન કરવું જોઈએ અને લગ્ન થયેલ હોય તો જાતીય સંબંધથી દૂર રહેવું જોઈએ. પણ ક્ષયરોગ મટયા પછી લગ્ન કરવામાં વાંધો નથી. ખરી મુશ્કેલી તો એ છે કે ક્ષય કયારે મટયો તે કહેવું મુશ્કેલ છે. ઉપર બતાવેલ ચિહ્‌ન પૈકીનું એક પણ ચિહ્‌ન બે વર્ષ સુધી ન દેખાય અને દર ત્રણ મહિને બે વર્ષ સુધી લીધેલા એકસરેમાં ક્ષયની અસર ન જણાય તેમ જ લોહીની તપાસ સામાન્ય માણસની માફક આવે તો બેથી ત્રણ વર્ષને અંતે લગ્ન કરવામાં સલામતી કહી શકાય. તેમ છતાં ક્ષય મટયા પછી પણ સાવચેતી તો રાખવી જ જોઈએ.

સુવાવડ અને ક્ષયરોગ

ક્ષયરોગી સ્ત્રીને સુવાવડ ન આવે એ જ સલામત ગણાય. ઉપર મુજબ ક્ષયરોગ મટયા પછી પાંચ વર્ષ સુધી તો સુવાવડમાં સલામતી ન ગણાય. છતાં જો ગર્ભાધાન થાય તો સુવાવડમાં દર બેથી ત્રણ મહિને ઉપર મુજબ તપાસ કરાવી લેવી જોઈએ. એટલું જ નહિ પણ સુવાવડ આવી જાય પછી બીજે કે ત્રીજે જ દિવસે પેટમાં હવા ભરાવી લેવી જોઈએ.

હવા શા માટે ભરાવવી ?

પી.પી., એ.પી., ફ્રેનીક વગેરે શું છે ? પેટમાં હવા ભરાવાથી ફેફસાં ફાટી જાય છે ? હવા ભરાવાથી ભરાવવાની ટેવ પડી જાય છે ? લાંબો વખત સારવાર કરવી પડે છે ?

આવા પ્રશ્નો વારંવાર પુછાય છે. હવા ભરવાથી ફેફસાં ફાટી જાય છે એ કલ્પના જ માત્ર છે. હવા ભરવાથી રોગવાળાં ફેફસાંને આરામ મળે છે જેથી રોગ જલદીથી કાબૂમાં આવે છે. આશરે ૬ મહિનાથી ૧૮ મહિના સુધી અઠવાડિયે કે દસ દિવસે હવા ભરાવવી પડે છે. હવા ભરાવવાની ટેવ પડતી નથી.

ક્ષય રોગની દવાઓ

પુસ્તિકા વાંચ્યા પછી ખ્યાલ આવી જ ગયો હશે કે ક્ષય-રોગ બિમારની જીવનશક્તિ અને ક્ષયજંતુની વિષમય શક્તિ વચ્ચેનું દ્વંદ્વયુદ્ધ છે. આ યુદ્ધમાં શરીરનાં અવયવો ઉપર અસર થાય છે એ પણ જોયું. આમાં દવા બે રીતે કામ કરી શકે: ક્ષયજંતુની વિષમયતા ઓછી કરી શરીરને તેનાથી થતાં વિપરીત પરિણામથી બચાવી શકે અથવા જીવનશક્તિ વધારી ક્ષય સામે રક્ષણ મેળવે. તો પણ અવયવો ઉપર થઈ ગયેલી અસર માટે શસ્ત્રક્રિયા અનિવાર્ય થઈ પડે છે. આ સિવાય ક્ષયનાં જંતુ ફેફ્સાંમાં ઘણા કાળ સુધી રહ્યા કરે છે. માટે હવા ભરવી, સેનેટોરિયમમાં રહેવું એ ઉત્તમ ગણાય. માત્ર દવાનો ભરોસો ન કરાય. સારી દવાની કંપનીવાળા તો પોતે જ લખશે કે આ દવાનો ઉપયોગ ગૌણ સારવાર તરીકે કરવો. આયુર્વેદમાં પણ ક્ષયની ચોકકસ દવા નથી. અને ઉપર જણાવ્યું તેમ ચોકકસ અને સંપૂર્ણ દવા હોઈ શકે નહિ. છતાં ક્ષયજંતુ ઉપર અસર કરતી દવાઓનાં નામ નીચે આપ્યાં છે. તેમાં દરેક દવાના ઓછાવત્તા ગુણદોષને લીધે ઓછીવત્તી વપરાય છે. પૅરા ઍમાઇનો સેલીસીલીક એસીડ અને તેમાથી બનતી દવા, આઇઝોનાયાઝીડ, સ્ટ્રેપ્ટોમાઇસીન, નીયોમાયસીન, વાયોમાઇસીન, સાયકલોસરીન, પાયરાઝીન એમાઇડ, કેનામાઈસીન, ઓકસી ટેટ્રા સાયકલીન, કેટલાક સલ્ફોન, થાયોસેમી કારબાઝન.

હાઇલર ગ્લૅન્ડ્ઝ ફોટામાં દેખાય તો શું સમજવું?

હાઇલર ગ્લૅન્ડ્ઝ એટલે ફેફસાના મૂળમાં શ્વાસનળી પાસે આવેલી રસગ્રંથિનેા સેાજો. આ સોજો ઘણાં કારણોથી આવી શકે પરંતુ ક્ષયરોગમાં આ સોજો ઘણુંખરું શરૂશરૂમાં હોય છે જ. તેથી ફોટામાં હાઇલર ગ્લૅન્ડ્ઝ દેખાય અને બિમારને ક્ષયનું એક પણ ચિહ્‌ન હોય અથવા બિમાર માણુસ કોઈ ક્ષયના દર્દીની સારવાર કરતો હોય અથવા વારસાગત ક્ષયરોગ હોય તો આ સોજો પણ ક્ષયનો પ્રકાર છે એમ માનીને સારવાર કરવી વધુ હિતાવહ છે.

ક્ષયરોગ મટયા પછી કયું કામ કરવું?

જે ધંધામાંથી ક્ષયરોગ થવાનો સંભવ હોય તો તેવો ધંધો નહિ કરતાં જીવનરાહ બદલવી. આ કયા ધંધા છે તે પુસ્તિકા વાંચ્યાથી ખ્યાલ આવી જશે.

શ્વાસ ન ચડે, નાડીની ગતિમાં ફેરફાર ન થાય, ભૂખ મરી ન જાય અને ક્ષયરોગનું એક પણ ચિહ્‌ન ન દેખાય એવી રીતે હળવેથી મહેનત વગરનું કામ કરવામાં વાંધો નહિ. પણ કામની શરૂઆત ક્રમે ક્રમે કરવી.

આ બધાં કરતાં માનસિક વલણ આ રોગમાં સૌથી વધુ મહત્ત્વનો ભાગ ભજવે છે. હું ચોક્કસ સાજો થઈ જ જઇશ એ ભાવનાનું નિરંતર રટણ કરવું. ક્ષય દુનિયામા ઘણાને થાય છે પણ એ બધા સારા પણ થાય છે એ વસ્તુ ખ્યાલમાં રાખવી.

સારા થઈ જવાની આશા અને નિર્વિકલ્પ આરામ ત્રાજવાના એક પલ્લામાં મૂકીએ અને સામેના પલ્લામાં બધીય સારવાર સામગ્રી ખડકી દઈએ તો પણ આશા અને આરામનું પલ્લું નીચું જ નમવાનું.

બીજા વર્ષની પુસ્તિકાઓ

*સંસ્થાનું ચારિત્ર	નાનાભાઈ ભટ્ટ
જ્ઞાતિઓ ક્યાંથી આવી ?	અક્ષયકુમાર દેસાઈ
સુવાવડ પહેલાંની અને પછીની સંભાળ	ડૉ. કળાબહેન શાહ
કામ પતાવવાની કળા	મનુભાઈ શાહ
*ક્ષયરોગ રાજરોગ નથી	ડૉ. ઇન્દુકુમાર ભટ્ટ
ગાવા જેવા ગરબા	હીરાબહેન પાઠક
આપણું લશ્કર	એચ. એમ. પટેલ
સંસ્કૃત સાહિત્યમાં ડોકિયું	કરસનદાસ માણેક
બૅન્કો શા માટે ?	સી. એચ. ભાભા
સમાચાર-સંસ્થાઓ	છ. આર. પિસે
પ્લાસ્ટિકની કથા	હર્ષવદન શાહ
વેધશાળાની સમસ્યા	ઈશ્વર પેટલીકર
સ્પુટનિક અને રૉકેટ	મનુભાઈ મહેતા
નાટક નિહાળવાનો આનંદ	જયંતિ દલાલ
ઠંડું યુદ્ધ	આલુબહેન દસ્તૂર
ભાકૂત અને મકાનમાલિક	કેશવલાલ શાહ
ઘરવહીવટ	વિનોદિની નીલકંઠ
આ અગ્નિ [illegible] ારા છે	દેવન[illegible] ઠક્ક
પાયાની કેળવણી	મન[illegible]
પોષક ખોરાક મોંઘો નથી	રમણલાલ [illegible]
સહકારી ખેતી	હ. જે. [illegible]ગૈલાણી
લોથલ	ઉમાકાન્ત શાહ
હળવી કસરતો	ડૉ. સુમન્ત મહેતા
એલચીની કામગીરી	ગગનવિહારી મહેતા

* આ પુસ્તિકાઓ મળતી થઈ ગઈ છે.

દર મહિને બે પુસ્તિકા પ્રસિદ્ધ થાય છે. એક પુસ્તિકાની છૂટક કિંમત ચાલીસ નવા પૈસા. વાર્ષિક લવાજમ આઠ રૂપિયા (પરદેશમાં સોળ શિલિંગ).

વ્યવસ્થા ખર્ચનું સરનામું: પરિચય પુસ્તિકા પ્રવૃત્તિ, રુસ્તમ કાઉ., ચોથે માળે, ૨૯, દિ નરીમાન રોડ, મુંબઈ-૧



ડૉ. ઈન્દુકુમાર ભટ્ટ

ઈન્દુકુમાર જયશંકર ભટ્ટનો જન્મ ૧૯૨૦ ના જાન્યુઆરીની ૧૧મી તારીખે અમદાવાદમાં થયો હતો. માધ્યમિક શિક્ષણ અમદાવાદની ટ્યુટોરિયલ હાઈસ્કૂલમાં તથા ઉચ્ચ શિક્ષણ અમદાવાદની ગુજરાત કૉલેજમાં અને મુંબઈની ગ્રાન્ટ મેડિકલ કૉલેજમાં થઈ ૧૯૪૬માં તેમણે એમ. બી બી. એસ. ની ડિગ્રી મેળવી. ક્ષયરોગ વિષેનું વિશિષ્ટ શિક્ષણ તેમણે મદ્રાસના પી. ઈ. ટી. સૅનેટોરિયમમાં લીધેલું. નડિયાદની મિશન હૉસ્પિટાલમાં પણ તેમણે એક વર્ષ તાલીમ લીધેલી.

સુરેન્દ્રનગરની સિવિલ હૉસ્પિટાલમાં આસિસ્ટન્ટ સર્જન તરીકે અને સૌરાષ્ટ્ર સેન્ટ્રલ હૉસ્પિટાલમાં રેસિડન્ટ મેડિકલ ઑફિસર તરીકે કામ કર્યા બાદ ૧૯૫૮માં તેમણે અમરેલીમાં મેડિકલ નર્સિંગ હોમ ઍન્ડ ટી. બી. ક્લિનિક નામથી ક્ષયરોગની હૉસ્પિટાલ શરૂ કરી છે. છેલ્લા દસ વર્ષમાં તેઓ ક્ષયરોગના દર્દીઓના ઘણા નિકટના સંપર્કમાં આવ્યા છે. તેઓ ઇન્ડિયન મેડિકલ ઍસોસિયેશનના સભ્ય છે.

ડૉ. ભટ્ટ સાહિત્ય, કેળવણી તથા સાંસ્કૃતિક પ્રવૃત્તિઓમાં રસ ધરાવે છે. કેટલાંક સામયિકોમાં તેઓ અવારનવાર ટૂંકી વાર્તા તથા કાવ્યો લખે છે.

૧૯૪૩માં તેમણે શ્રી ઇન્દુમતી સાથે લગ્ન કર્યું. તેમને ત્રણ પુત્રો છે: કમલાકાન્ત, રૂપમન્યુ અને ઉત્તમકુમાર.

પ્રોસ્ટેટની વ્યાધિ

પરિચય પુસ્તિકા પ્રવૃત્તિ ૧૮૫

પરિચય પુસ્તિકા પ્રવૃત્તિ

સંપાદક : વાડીલાલ ડગલી

આ પ્રવૃત્તિ આઠ વર્ષથી ચાલી રહી છે. આજની દુનિયામાં રસ ધરાવતાં અને આપણી આસપાસ જે બની રહ્યું છે તે સમજવા ઇચ્છતાં વાચકોને જરૂરી વાચન પૂરું પાડવું એ આ પ્રવૃત્તિનો હેતુ છે. વિજ્ઞાન, સાહિત્ય, રાજકારણ, અર્થશાસ્ત્ર, સમાજશાસ્ત્ર, માનસશાસ્ત્ર, વેપારઉદ્યોગ, શિક્ષણ, સંસ્કૃતિ, આરોગ્ય, રમતગમત વગેરે ક્ષેત્રોના ખાસ જાણકારો પાસે એમના વિષયોની પુસ્તિકાઓ લખાવવામાં આવે છે.

દર મહિને બત્રીસ-બત્રીસ પાનાંની બે પુસ્તિકાઓ પ્રગટ થાય છે.

છૂટક કિંમત ૫૦ પૈસા

વાર્ષિક લવાજમ ૧૦ રૂપિયા, પરદેશમાં ૨૦ શિલિંગ

વર્ષ જાન્યુઆરીથી ગણાય છે.

ગ્રંથ

તંત્રી : યશવંત દોશી

'ગ્રંથ' એટલે પુસ્તકોની દુનિયામાં ડોકિયું

પરિચય ટ્રસ્ટ તરફથી પ્રગટ થતું આ માસિક ગુજરાતીમાં પ્રગટ થતાં પુસ્તકોના અવલોકનો તો આપે જ છે પણ તે ઉપરાંત અંગ્રેજી, હિન્દી અને અન્ય ભારતીય ભાષાઓમાં પ્રગટ થતાં મહત્ત્વનાં પુસ્તકોનો પણ પરિચય આપે છે.

આટલા ઓછા ખર્ચે આટલી બધી ભાષાઓનાં આટલાં બધાં પુસ્તકોની માહિતી બીજે ક્યાંય નહિ મળે

વાર્ષિક લવાજમ ૧૦ રૂપિયા, પરદેશમાં ૨૦ શિલિંગ

પરિચય ટ્રસ્ટ, ૧૯/૨૧ હમામ સ્ટ્રીટ, મુંબઈ–૧

ટેલિફોન ૨૫૪૦૫૬

પરિચય પુસ્તિકા પ્રવૃત્તિ–૧૮૫

પ્રોસ્ટેટની વ્યાધિ

ડા. ભાનુ ર. શાહ



પરિચય ટ્રસ્ટ

સંપાદક • વાડીલાલ ડગલી

પ્રકાશક
યશવંત દોશી
પરિચય ટ્રસ્ટ
બૉમ્બે મ્યુચ્યુઅલ ચેમ્બર્સ,
૧૯/૨૧ હમામ સ્ટ્રીટ, મુંબઈ-૧

મુદ્રક
ધીરુભાઈ જીણાભાઈ દેસાઈ
સ્ટેટ્સ પીપલ પ્રેસ,
જન્મભૂમિ ભવન,
કોટ, મુંબઈ-૧

પહેલી આવૃત્તિ

પૈસા

સપ્ટેમ્બર ૧૯૬૬

કવર ડિઝાઇન: વી. એન. ઓક

પ્રોસ્ટેટની

પેડુના ભાગમાં ઘણે ઊંડે, પેશાબની કોથળીના નાકા ઉપર, મૂત્રનળીના શરૂઆતના દોઢ ઇંચ જેટલા ભાગને વીંટળાઈને પડેલી આ સોપારી જેવડી પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિમાં થતી ગાંઠ, પચાસ વર્ષથી વધુ ઉંમરના પુરુષોની એક સામાન્ય વ્યાધિ છે. આ ઉંમરમાં લગભગ ચોથા ભાગના પુરુષોને કંઈક રીતે તો આ ગ્રંથિ હેરાન કરે જ છે. પશ્ચિમના દેશોમાં તો આ ગ્રંથિની કંઈક તકલીફ આ ઉંમરે આથીયે વધુ પ્રમાણમાં થાય છે. આ તકલીફ મોટે ભાગે પેશાબ કરવાના કાર્યમાં કંઈક મુશ્કેલીના સ્વરૂપમાં હોય છે.

પ્રજનનમાં મોટો હિસ્સો

મોટી ઉંમરે આ ગ્રંથિ વ્યાધિ પેદા કરે છે એ ખરું પણ યૌવનકાળમાં એણે માનવીની સારી સેવા બજાવી છે. આંતરડાના 'એપેન્ડિક્સ' જેવું એ માત્ર હેરાન કરનારું અને કામ વિનાનું અવયવ નથી. આ ગ્રંથિમાંથી પેદા થતો રસ વીર્યબીજોને અમુક જાતનું પોષણ આપે છે અને એની હલનચલન કરવાની શકિત ટકાવી રાખે છે. આ બધું કેમ થાય છે અને એ ગ્રંથિ પેશાબ કરવામાં કેવી રીતે મુશ્કેલીઓ ઊભી કરે છે એ સમજવા પહેલાં આપણે એની રચના જાણી લઈએ.

મોકાનું સ્થાન

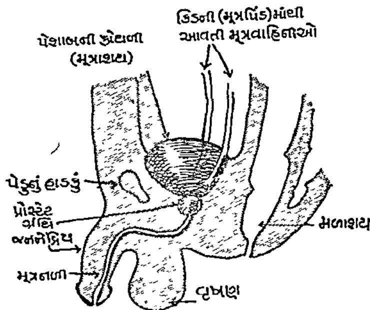
આમ તો પચાસ વર્ષ સુધી આ ગ્રંથિ પુરુષની સેવા જ બજાવે છે. છતાં એનું સ્થાન ખરોખર એવું

મોકાનું, પેશાબની કોથળીના નાકા ઉપર આવેલું છે કે જ્યારે એમાં ગાંઠ પેદા થાય ત્યારે એ પેશાબને બહાર આવતો અટકાવે છે અને મોટી ઉંમરે આફત નોતરે છે. સોપારી જેવા ઘાટની અને એના જેટલા કદની આ ગ્રંથિ અણી ઉપર ઊભી હોય તેવી રીતે મૂત્રાશયના નાકા સાથે જોડાયેલી હોય છે. મૂત્રાશયના નાકેથી શરૂ થતી આઠ ઈંચ લાંબી મૂત્રનળીનો લગભગ પહેલો દોઢ ઈંચ આ ગ્રંથિમાંથી પસાર થાય છે. ગ્રંથિની અણીની નીચે, મૂત્રનળીના અર્ધા ઈંચ જેટલા ભાગની આજુબાજુ, પેશાબને રોકવા માટેના સ્નાયુઓ આવેલા હોય છે. આ સ્નાયુઓ પેશાબ કરતી વખતે કે અટકાવતી વખતે ખુલ્લાબંધ થાય છે. બાકીની છ ઈંચ જેટલી મૂત્રનળી જનનેન્દ્રિયમાંથી પસાર થાય છે.

પ્રોસ્ટેટના માથાની અને મૂત્રાશયના નાકાની પાછળ ડાબાં-જમણાં વીર્યાશય આવેલાં હોય છે. આ વીર્યાશયોમાંથી નીકળતી ઝીણીઝીણી બે નળીઓ પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિમાંથી પસાર થઈને મૂત્રનળીમાં ખૂલે છે. આ નળીઓ વાટે ફેંકાયેલું વીર્ય મૂત્રનળીમાં થઈને જાતીય સંયોગ વખતે બહાર આવે ત્યારે એમાં પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિના રસો ભળેલા હોય છે અને એથી વીર્યબીજો પોષાય છે.

પેડુનાં હાડકાંની પાછળ

પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિ પેડુનાં હાડકાં (પ્યુબિક બોન્સ)ની તરત પાછળ આવેલી હોય છે. પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિને માથે પેશાબની કોથળી, આજુબાજુની દીવાલો પર શરીરના તળિયાના સ્નાયુઓ અને પાછળના ભાગમાં મળાશય



પેશાબના અવયવો
શરીરના મધ્યમાંથી જોતાં

આવેલાં હોય છે. ગુદાની અંદર ત્રણેક ઈંચ જેટલી આંગળી નાખીને એના આગળના ભાગમાં ટેરવું ફેરવવાથી પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિ તપાસી શકાય છે.

આ ગ્રંથિ માત્ર પુરુષમાં હોય છે, સ્ત્રીમાં હોતી નથી. બાળપણમાં એ અવિકસિત સ્થિતિમાં હોય છે. એ વખતે એનો કંઈ ઉપયોગ પણ હોતો નથી અને એના કંઈ રોગ પણ થતા નથી. સંતાનપ્રાપ્તિ માટે યુવાન તૈયાર થાય એ અરસામાં એનો વિકાસ થાય છે અને તેને

સોજો આવે છે, જ્યારે પ્રૌઢાવસ્થામાં કે વૃદ્ધાવસ્થામાં એમાં સાદી ગાંઠ અથવા કેન્સર થાય છે. પ્રોસ્ટેટની બધી વ્યાધિમાં સાદી ગાંઠનું પ્રમાણ સૌથી વધુ છે અને સોજો અને કેન્સર ઓછા પ્રમાણમાં થાય છે. પ્રૌઢાવસ્થા પછી જેમ ઉંમર વધતી જાય તેમ કેન્સરનું પ્રમાણ થોડું વધતું જાય છે.

સૌથી વધુ પ્રમાણમાં થતો, અને નિદાન અને સારવારની દૃષ્ટિએ સૌથી વધુ અગત્યનો રોગ પ્રોસ્ટેટની સાદી ગાંઠનો છે. એટલે એ વિષે આપણે પહેલાં વિચારીએ.

પ્રોસ્ટેટની સાદી ગાંઠ

પચાસની ઉંમર પહેલાં ભાગ્યે જ પણ એ પછીના વર્ષોમાં વ્યાપક પ્રમાણમાં પુરૂષને થતી આ સૌથી વધુ સામાન્ય વ્યાધિ છે.

મોટે ભાગે તો પ્રોસ્ટેટના ડાબા-જમણા બન્ને ભાગમાં આ ગાંઠ થાય છે અને ઘણા કિસ્સાઓમાં એ વચ્ચેના ભાગમાં પણ નાની ગાંઠથી જોડાયેલી હોય છે. મોટી ગાંઠો ઉપરાંત કયારેક નાનીનાની ચણા જેવડી ગાંઠો પણ આજુબાજુમાં હોય છે. ગાંઠોના આ ઝુમખાનો આકાર સામાન્ય રીતે જામફળના ઘાટનો હોય છે. કયારેક તે સાવ ગોળ હોય છે, તો કયારેક ડાબી જમણી અને વચલી ત્રણે ગાંઠો સરખી હોય તો પુરણીના એકડા જેવી દેખાય છે. કોઈ વાર માત્ર વચ્ચેના ભાગની જ ગાંઠ હોય છે. આવી એકલી ગાંઠ તો ચણા જેવડી હોય તોપણ પેશાબની કોથળીનું નાકું દાબીને તકલીફ પેદા કરી શકે છે.

ગાંઠોનું વજન થોડાક ગ્રામથી માંડીને એક રતલ સુધીનું હોઈ શકે છે. સામાન્ય રીતે ઑપરેશનના કિસ્સાઓમાં એકએ ઔંસ વજનની ગાંઠો મોટા પ્રમાણમાં જોવા મળે છે.

પેશાબમાં અડચણ

આ ગાંઠ પેશાબમાં અડચણ ઊભી કરીને પોતાનું અસ્તિત્વ પોકારે છે. પેશાબમાં અડચણ થવાથી ધીરેધીરે મૂત્રપિંડોની કામગીરીમાં પણ ઈજા પહોંચાડે છે. અને આ ગાંઠનું એ મોટું જોખમ છે.

ગાંઠ થવા માંડી હોય એ વખતે શરૂઆતમાં ચિહ્નો પ્રમાણમાં બહુ ઓછાં હોય છે. પેશાબમાં સહેજ અડચણ પડતી હોય તે પેશાબની કોથળી થોડું વધુ જોર કરીને દૂર કરે છે, પણ જેમ જેમ ગાંઠ વધતી જાય તેમ ચિહ્નો વધારે દેખાવા લાગે છે.

નબળી ધાર – મુખ્ય ચિહ્ન

શરૂઆતમાં તો ગાંઠને લીધે પેશાબની કોથળીનું નાકું સૂજેલું રહે છે, એથી વારેવારે પેશાબ કરવાની ખણુસ થયા કરે છે. પેશાબ કરવા જાય ત્યારે તો થોડોક જ થાય છે અને એની ધાર નબળી હોય છે. આવુ ખાસ કરીને રાત્રે, જ્યારે લોહીનું પ્રમાણ મંદ હોય અને સોજો વધે ત્યારે, વધારે થાય છે. એથી રાતમાં વધારે વાર પેશાબ કરવા ઊઠવું પડે છે. દિવસના ભાગમાં તકલીફ પ્રમાણમાં ઓછી હોય છે. ધીરધીરે આ તકલીફ દિવસે પણ જણાવા માંડે છે. કયારેક થોડું સારું તો કયારેક

થોડું ખરાબ એમ ચિહ્નમાં થોડાઘણા ફેરફાર થયા કરે છે. પછી તો પેશાબ કરવા જાય ત્યારે એકદમ શરૂ થતો નથી અને થોડી વાર ઊભા રહ્યા પછી જ શરૂ થાય છે. થોડેથોડો પેશાબ થાય, ક્યારેક ટીપેટીપે પણ ઊતરે કે ખુવારા ઊડે પણ જાણે પેશાબની કોથળી ખાલી જ ન થતી હોય એવું લાગ્યા કરે.

ચેપ સહેલાઇથી લાગે

ખરેખર તો કોથળીમાં દર વખતે થોડોઘણો પેશાબ રહી જ જાય છે અને પેડુમાં ભારેભારે લાગવા માંડે છે. પેશાબ અંદર જમા થયા કરતો હોવાને લીધે મૂત્રપિંડ પર વધુ બોજો પડે છે. ક્યારેક આ પેશાબમાં ચેપ (ઇન્ફેક્શન) લાગી જાય ત્યારે તાવ આવે છે, પેશાબ કરતાં બળે છે, રોકવાની મુશ્કેલી પડે છે અને વારંવાર ખાપુસ થયા કરે છે. કોઈ વાર તો લોહી પણ પડે છે.

પ્રોસ્ટેટની આ વ્યાધિ ચાલુ હોય ત્યારે, ઠંડીઋતુમાં કે બીજી કંઈ માંદગી આવે કે ક્યારેક બહુ ઓછું કે બહુ વધારે પ્રવાહી લેવાયું હોય કે જાતીય સંબંધમાં અતિરેક થયો હોય ત્યારે એની તકલીફ એકદમ વધે છે.

પેશાબનો ભરાવો

આમ ચાલતું હોય ત્યારે ક્યારેક એકાએક પેશાબ સાવ બંધ થઈ જાય છે અને કોથળી ભરાઈ જતાં અસહ્ય દુખાવો થાય છે. એવે વખતે દાક્તરી મદદથી નળી મૂકીને કે નળી ન જાય તો ઑપરેશન કરીને પેડુમાંથી, નળી નાખીને કે 'પંક્ચર' કરીને પેશાબ કરાવવો પડે છે.

ક્યારેક આમ સાવ અચાનક પેશાબ બંધ થતો નથી પણ કોથળીમાં પેશાબ જમા થયા કરતો હોય છે અને છલકાઈને થોડોથોડો નીકળ્યા કરતો હોય છે. આ સ્થિતિ બહુ જોખમી છે. દરદીને એમ થાય કે પેશાબ તો થાય છે એટલે કંઈ જોખમ નથી. વળી કોથળીમાં ધીમેધીમે જમા થતો હોય એટલે દુખાવો પણ હોતો નથી. આથી દાક્તરી સલાહ લેવામાં ઢીલ થાય છે. આ દરમિયાન મૂત્રપિંડો (કિડની) પર સખત બોજો આવવાને લીધે એની કામગીરી બગડયા જ કરતી હોય છે. અને અમુક અંશે કિડની બગડયા પછી, એવી સ્થિતિમાં ઑપરેશન કરવું પડે તો તે પણ વધુ જોખમી થાય છે. કિડની બગડે એટલે પેશાબમાં નીકળી જવા જોઈતા નકામા પદાર્થો શરીરની અંદર જમા થાય છે. આથી ખોરાકમાં અરુચિ, માથાનો દુખાવો વગેરે થાય છે, અને સામાન્ય તબિયત અને માનસિક સ્થિતિ બન્ને બગડે છે.

જોકે પ્રોસ્ટેટની ગાંઠનાં ચિહ્નો આ રીતે ધીમેધીમે જ આગળ વધે એવો કંઈ નિયમ નથી. ક્યારેક તો એકદમ તકલીફ વધે છે અને પેશાબ સાવ બંધ થઈ જાય છે, તો ક્યારેક વળી સાવ પેશાબ બંધ થાય ત્યારે જ પહેલી વાર ધ્યાન દોરાય છે.

લોહી પણ પડે

પેશાબ કરવાની આ બધી મુશ્કેલીઓ ઉપરાંત ક્યારેક પેશાબમાં લોહી પણ પડે છે. સામાન્ય રીતે તો

બધો જ પેશાબ લાલ આવે છે પણ છેલ્લો ભાગ વધારે-પડતો લાલ હોય છે. પ્રોસ્ટેટને લીધે પડતું લોહી પ્રમાણમાં ઓછું હોય છે. જ્યારે સતત અને વધુ પ્રમાણમાં લોહી પડતું હોય ત્યારે સામાન્ય રીતે પેશાબની કોથળીનું કેન્સર હોવાની શકયતા વધારે છે. પ્રોસ્ટેટને લીધે જો કયારેક થોડુંક વધુ લોહી પણ પડયું હોય તો ગાંઠની રુકાવટને લીધે પેશાબ બંધ થઈ જાય છે અને બહાર પેશાબમાં વધારે પ્રમાણમાં લોહી દેખાતું નથી. એટલે વધારે લોહી પડે કે લોહીના ગાંઠાઓ પેશાબમાં નીકળે ત્યારે પ્રોસ્ટેટની ગાંઠ કરતાં મૂત્રાશયનું કેન્સર હોવાની શકયતા વધારે હોય છે.

સંકોચાયેલી ગ્રંથિ

પ્રોસ્ટેટની આ બધી તકલીફમાં કાયમ ગાંઠ જ થતી હોય એવું નથી. કયારેક તો ગ્રંથિ ઊલટાની સંકોચાઈ ગઈ હોય છે. જો એમાં લાંબા સમય સુધી ઝીણોઝીણો ચેપ રહ્યા કરતો હોય તો પછી એ સુકાઈને સંકોચાય છે. આમ થવાથી પેશાબની કોથળીનું નાકું બહુ ઝીણું થઈ જાય છે અને પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિમાં પેશાબની નળી પણ બારીક થઈ જાય છે. આથી પેશાબ કરતાં જોર કરવું પડે છે. કોથળી પૂરી ખાલી ન થાય એટલે અમુક પેશાબ રહી જાય છે અને નાકાના ભાગમાં સોજો રહ્યા કરે છે. આને લીધે વારેવારે પેશાબ કરવા જવું પડે છે. આવી સ્થિતિ હોય ત્યારે રાત અને દિવસ સતત પેશાબ કરવા જવું પડે છે, કારણ કે ગ્રંથિમાં ચેપ હોવાને લીધે સોજો

કાયમ ચાલુ હોય છે. રાત્રે આરામને લીધે ચેપનો સોજો ઓછો થાય છે અને પ્રમાણમાં રાત્રે ઓછું ઊઠવું પડે છે. જ્યારે ગાંઠ થઈ હોય ત્યારે આથી ઊંધું જ થાય છે. એમાં રાત્રે વધારે ઊઠવું પડે છે.

આવી સંકોચાયેલી ગ્રંથિ પ્રમાણમાં નાની ઉંમરમાં જોવામાં આવે છે. પચાસની આજુબાજુની ઉંમરના ગાળામાં પ્રોસ્ટેટની તકલીફવાળા ઘણા કિસ્સાઓમાં આવી સંકોચાયેલી ગ્રંથિ જોવા મળે છે. આવી ગ્રંથિમાં ચેપ રહ્યા કરતો હોવાને કારણે પેશાબની કોથળીમાં પણ ચેપ વધારે લાગે છે. એવું થાય ત્યારે તાવ આવે, દોડાદોડ પેશાબ કરવા જવું પડે, બળતરા થાય અને પેડુમાં દુખે. પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિનો ચેપ વીર્યાશયમાં ફેલાયેલો હોય તો ઊંઘમાં વીર્યપાત થઈ જાય છે કે જાતીય સંયોગ વખતે સહેજ બળતરા થાય છે.

પ્રોસ્ટેટની પથરી

આવી ચેપવાળી પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિમાં કયારેક પથરી પણ થાય છે. સામાન્ય રીતે ઝીણીઝીણી પાર વગરની પથરી હોય છે પણ કયારેક એક ખાસ્સી મોટી પણ પથરી હોય છે. પથરીને લીધે લોહી પડવાના એક નવા ચિહ્નનો ઉમેરો થાય છે. પથરીવાળાને બે જાંઘની વચ્ચે દુખાવો પણ ઠીકઠીક પ્રમાણમાં રહ્યા કરે છે. આ પથરી પેશાબમાં નીકળતી નથી કારણ કે એ મૂત્રમાર્ગની બહાર, પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિમાં, હોય છે. પથરીથી મૂત્રનળી છોલાય

ત્યારે લોહી પડે છે, બળતરા થાય છે; પણ કાંકરી નીકળતી નથી.

કેન્સર

પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિનું કેન્સર સાદી ગાંઠ કરતાં ઘણા ઓછા પ્રમાણમાં થાય છે અને પચાસથી મોટી ઉંમરમાં જ જોવા મળે છે. યુરોપિયન અને હબસી પ્રજાના પ્રમાણમાં એશિયાની પ્રજામાં એ ઓછું જોવા મળે છે. ચીન અને જાપાનમાં તો એ ભાગ્યે જ જોવા મળે છે. આપણે ત્યાં પ્રોસ્ટેટની સાદી ગાંઠવાળા લગભગ પંદરેક દર્દીઓ જોઈએ ત્યારે કેન્સરનો એક દર્દી જોવા મળે છે.

આ ગ્રંથિમાં કેન્સર શાથી થાય છે તે હજુ ચોક્કસ જાણી શકાયું નથી. એટલું જાણીએ છીએ કે આ કેન્સર પર હોર્મોન પદાર્થોની ઘણી અસર હોય છે. હોર્મોનની સમતુલામાં કંઈ વાંધો આવતાં કદાચ આ કેન્સર થતું હશે. સાદી ગાંઠમાંથી કે પ્રોસ્ટેટની બીજી તકલીફમાંથી કેન્સર થઈ જાય છે એવી એક પ્રચલિત માન્યતાને કોઈ જાતનું વૈજ્ઞાનિક સમર્થન મળતું નથી.

કેન્સરના મોટા ભાગના દર્દીઓ પેશાબની તકલીફ સાથે જ આવે છે. જોકે લગભગ પંદર ટકા જેટલા દર્દીઓને પેશાબની કંઈ તકલીફ હોતી નથી, પણ કરોડ કે બીજાં હાડકાં કે બીજી જગાએ કેન્સર ફેલાવાને લીધે થતો દુખાવો, ફ્રેક્ચર કે સોજાની જ પહેલી ફરિયાદ લઈને તેઓ ડોક્ટરો પાસે જાય છે.

પેશાબની તકલીફ કેન્સરમાં, સાદી ગાંઠ કરતાં, શરૂમાં ઓછી હોય છે. એનું કારણ એ છે કે કેન્સર પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિના પાછળના ભાગમાં જ થાય છે, અને પેશાબની નળી આગળના ભાગમાં હોવાને લીધે શરૂઆતમાં ખાસ ચિહ્નો દેખાતાં નથી. કેન્સર વધુ ફેલાય ત્યારે પેશાબનો અવરોધ કરે છે અને સાદી ગાંઠ જેવાં ચિહ્નો દેખાય છે. કેન્સર મૂત્રમાર્ગમાં ફેલાય ત્યારે પેશાબમાં ઘણી વાર લોહી પડે છે. જોકે માત્ર આ જ ચિહ્નથી કેન્સર છે એમ માની લેવાય નહીં. સાદી ગાંઠ કે પથરીના પણ ઘણા કિસ્સામાં લોહી પડે છે.

સાદી ગાંઠની જેમ આમાં પેશાબનાં ચિહ્નો લાંબા ગાળાનાં અને ધીરેધીરે બગડતાં હોય એવાં હોતાં નથી. કેન્સરમાં ચિહ્નો દેખાયા પછી જલદી બગડવા માંડે છે. એટલે જ્યારે ટૂંકા ગાળામાં ખૂબ તકલીફ વધી ગઈ હોય ત્યારે કેન્સરની શંકા વધારે રહે છે.

આ કેન્સર ખાસ કરીને કૂલાનાં અને કરોડરજ્જુનાં હાડકાંમાં વધુ ફેલાય છે. આને લીધે ત્યાંથી નીકળતાં જ્ઞાનતંતુઓ દબાય છે અને કમરમાં, કૂલામાં કે સાથળમાં દુખાવો થાય છે. ક્યારેક 'લીમ્ફ' (પાણી)ની ગ્રંથિઓ પુરાઈ જતાં પગ કે જનનેન્દ્રિય પર સોજો આવી જાય છે. આવું થાય ત્યારે કેન્સર ઘણું આગળ વધી ગયું હોય છે.

ગ્રંથિનો સોજો – પ્રોસ્ટેટાઇટિસ

જેમ ઍપેન્ડિક્સ, પિત્તની કોથળી કે પેશાબની કોથળીમાં સોજો આવે તેમ પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિમાં પણ

સોજો આવે છે અને પરુ થાય છે. પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિના આ સોજા વિષે જ્ઞાન સ્પષ્ટ થતાં હમણાંનાં વર્ષોમાં એ એક અગત્યનો રોગ થઈ ગયો છે. થોડાં વર્ષો પહેલાં આ ગ્રંથિનો સોજો માત્ર ગુપ્ત રોગ (ગૉનોરીઆ કે એવો બીજો ચેપી રોગ જે શારીરિક સંયોગથી ફેલાય છે તે) થયો હોય એને જ થાય એવો સામાન્ય ખ્યાલ હતો, અને 'ગૉનોરીઆ' ની જ સારવારમાં એની સારવાર આવી જતી. ગૉનોરીઆમાં મૂત્રનળીમાં પણ બહુ સોજો હોય અને પરુ થતું હોય એટલે એનાં જ ચિહ્નો મુખ્ય જણાતાં. પણ પેનિસિલિન આવતાં, આવા ચેપી રોગની યોગ્ય સારવાર બધે જ થવા માંડી. આથી પ્રોસ્ટેટમાં પરુ થાય એ પરિસ્થિતિ ઓછી ને ઓછી જણાવા માંડી, અને ધીરેધીરે પ્રોસ્ટેટના સોજાની વાત ભુલાવા માંડી. પણ હમણાંનાં વર્ષોમાં કોઈ પણ જાતના આવા ચેપી રોગ વિના જ પ્રોસ્ટેટ ગાંઠમાં સોજો થતો હોય એવા કિસ્સાઓ પર ધ્યાન દોરાયું છે. આવા દર્દીઓને પ્રમાણમાં પેશાબનાં ચિહ્નો નજીવાં હોય છે એટલે ખાસ ચીવટ દઈ તપાસ કરી હોય તો જ આ નિદાન પર ધ્યાન દોરાય છે.

એકાએક હુમલો

જ્યારે આ ગ્રંથિમાં એકાએક સોજો આવે ત્યારે ઘણુંખરું એ પેશાબમાં લાગેલા ચેપનો લીધે હોય છે અને તકલીફ મોટે ભાગે પેશાબની જ હોય છે. પેશાબમાં બળતરા, વારેવારે જવું પડે, પેડુમાં અને એ આસપાસની

વચ્ચે દુખાવો થાય અને તાવ આવી જાય એ મુખ્ય ચિહ્નો છે. ઘણી વાર બીજા કોઈ કારણસર તાવ આવી ગયો હોય તેથી, કે શરીર પર ક્યાંય ગૂમડાં થયાં હોય તેથી કે 'ફ્લુ' જેવી બીમારીને લીધે શરીરમાં ચેપ ફેલાય એ કારણે આવી જાતનો હુમલો શરીરમાં આવતો હોય છે. પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિમાં સોજા ઉપરાંત ક્યારેક પરુ પણ થઈ જાય છે.

આવું હોય ત્યારે તો જાણે નિદાન સ્પષ્ટ થાય પણ જ્યારે જૂના વખતનો સોજો હોય ત્યારે નિદાનમાં મુશ્કેલી પડે છે.

જૂનો હઠીલો સોજો ને કમરનો દુખાવો

પ્રોસ્ટેટના લાંબા વખતના સોજામાં પેશાબમાં તકલીફ બહુબહુ તો વારેવારે જવું પડે કે સહેજ કોઈ વાર દુખે એટલી જ હોય છે. એથી એ તરફ ખાસ ધ્યાન દોરાતું નથી. મોટા ભાગના દર્દીને પેડુ કે કમરમાં, ગોળીમાં કે સાથળની વચ્ચે ઝીણો દુખાવો કાયમ રહ્યા કરતો હોય છે. ખાસ કરીને કમરના દુખાવામાં આ રોગનું ધ્યાન રાખવું જરૂરી છે. નહીં તો બધી જ તપાસ કમરના હાડકાની જ કરીએ અને ત્યાં જ સારવાર કેન્દ્રિત કરીએ અને કેમ કરતાંય દુખાવો ન મટે, તો દર્દીને માનસિક રોગી ઠરાવી દેવાની ભૂલ થઈ જવા સંભવ રહે છે.

સોજાનું કારણ શું?

આવા સોજાનું કારણ શોધવું કાયમ શક્ય બનતું નથી. ક્યારેક પેશાબના ચેપમાંથી આ ગ્રંથિમાં ચેપ ઘૂસી

ગયેા હેાય છે કે કયારેક શરીરમાં બીજે ક્યાંક પરુ કે સડેા (દા.ત. દાંત, સાઈનસ કે ગૂમડાં) હેાય એના કારણે આ ગ્રંથિમાં ચેપ ફેલાયેલેા હેાય છે. કેાઈ વાર હરસ, મસા માટે ગુદામાં લીધેલું ઈન્જેકશન જરા આડુંઅવળું ગયું હેાય કે પેશાબની કેાઈ તકલીફ માટે ભૂતકાળમાં મૂત્રનળીમાં કેથેટર (નળી) કે સળિયા નાખ્યાં હેાય તેા એને લીધે પણ આ ગ્રથિઓમાં ચેપ ઘૂસી જાય છે. કેાઈક વાર દમના દર્દીઓમાં પણ આ ગ્રંથિનેા સેાજો જેાવા મળે છે. અમુક જાતની એલર્જીને લીધે આમ થતું હશે એમ મનાય છે. જૂના અને ભુલાઈ ગયેલા ગેાનેારીઆ કે બીજા ચેપી રેાગને લીધે પણ આ ગ્રંથિમાં રહી ગયેલેા ચેપ વર્ષો પછી ઊખળે છે અને તકલીફ આપે છે.

નિદાન અઘરું નથી

પ્રોસ્ટેટની તકલીફના નિદાનમાં દર્દીનાં ચિહ્નોની વિગતવાર તપાસ કરવી એ ઘણું અગત્યનું છે. રાત્રે ઊઠવું પડતું હેાય, પેશાબ જલદી શરૂ ન થઈ શકતેા હેાય, જેાર પડતું હેાય, પેશાબ રેાકી ન શકાતેા હેાય ને એને માટે દેાડવું પડતું હેાય, નબળી ધાર થતી હેાય કે ટીપેટીપે ઊતરતેા હેાય, જાણે પૂરેા થતેા જ ન હેાય એમ લાગતું હેાય કે તેાડી પડતું હેાય – એવાં પેશાબની તકલીફનાં ચિહ્નેા પ્રોસ્ટેટની તકલીફ તરફ ધ્યાન દેારનારાં છે. પણ આમાંનાં અમુક ચિહ્નેા પેશાબની કેાથળીની કે મૂત્રવાહિનીની પથરીને લીધે પણ હેાય, તેા કેાઈ વાર કિડનીના

ક્ષયને લીધે પણ હોય કે મૂત્રનળીના 'સ્ટ્રિક્ચર' (સાંકડી થઈ ગઈ હોય) ને લીધે પણ હોય. તો પછી ખબર કેમ પડે કે આ તકલીફ પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિની છે?

ચિહ્નોની ઝીણવટથી તપાસ કરતાં ઘણુંખરું તો પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિની તકલીફની શંકા ડૉકટરને આવી જ જાય છે. દર્દીની ઉંમર પણ કંઈક ખ્યાલ આપે છે. ગાંઠ અને કૅન્સર પચાસથી વધુ ઉંમરે, જ્યારે પ્રોસ્ટેટાઇટિસ પ્રમાણમાં જુવાન માણસોમાં જોવા મળે છે. એ પછીથી દર્દીની તપાસ કરતી વખતે, એની કિડ્નીમાં દુખાવો કે સોજો હોય કે પેશાબની કોથળી ભરેલી રહેતી હોય એને માટે ખાસ જોવું પડે છે. પેશાબનું ઝેર શરીરમાં ચડયું હોય તો જીભ અને આંખો જોવાથી ખ્યાલ આવે છે. દર્દીને પેશાબ કરતો જોવાથી પણ ઘણી વાર કઈ જાતની તકલીફ હશે એનો સારો એવો ખ્યાલ આવી જાય છે. પેશાબમાં જો ઝીણા સફેદ દોરાના ટુકડા જેવો પદાર્થ જતો હોય તો ઘણુંખરું પ્રોસ્ટેટના જૂના સોજાને લીધે હોય છે.

આંગળીથી તપાસી શકાય

એ બધાને અંતે સૌથી અગત્યનું તો પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિને તપાસવાનું છે. આ તપાસ ગુદામાં આંગળી નાખીને મળાશયના આગળના ભાગમાં આવેલી પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિ પર આંગળી ફેરવીને કરવામાં આવે છે. ગાંઠ, સોજો, પથરી કે કૅન્સર હોય તો ઘણુંખરું આ તપાસથી તરત જ ખબર પડી જાય છે. માત્ર સોજો હોય ત્યારે ગ્રંથિ મોટી

લાગે છે પણ એના બે ભાગ જુદા પારખી શકાય છે.

સાદી ગાંઠ થઈ હોય ત્યારે આખી ગ્રંથિ રબરની એક નાની નક્કર દડી જેવી લાગે છે. જો જૂના સોજાને લીધે ગ્રંથિ સંકોચાઈ ગઈ હોય (ફાઇબ્રસ પ્રોસ્ટેટ) તો તે સુંવાળી, ચપટી, સર્વસાધારણ ગ્રંથિ જેવડી કે એથીયે નાની અને કડક રબર જેવી કઠણ લાગે છે. પથરી હોય ત્યારે કાંકરીની ગાંઠો જેવું લાગે છે. અને કેન્સરમાં તો લાકડા કે પથ્થર જેવી કઠણ ગાંઠ લાગે છે. કયારેક એકાદ ભાગમાં આવી કઠણ ગાંઠ લાગતી હોય ત્યારે એ પથરી છે કે કેન્સર છે કે ચીમળાયેલી ગાંઠ છે એ નક્કી કરવા એકસ-રે લેવા પડે છે અથવા એ ગાંઠનો એક ટુકડો કાપી એને સૂક્ષ્મદર્શક યંત્ર વડે તપાસીને નકકી કરવામાં આવે છે.

આટલી તપાસ પછી સર્જન, હવે શો ઇલાજ કરવો એ ઘણુંખરું નક્કી કરી શકે છે. એ પછી પણ નિદાન પાકું કરવા કે ઑપરેશન માટે પાકી ખાતરી કરવા લોહીમાં 'યુરિયા'ના પ્રમાણની અને પેશાબની સામાન્ય તપાસ, તથા કેન્સરની શંકા હોય તો લોહીમાં 'ઍસિડ ફૉસ્ફેટેઝ' નામના પદાર્થની તપાસ કરવામાં આવે છે. કિડ્નીની કામગીરી બગડી હોવાની શંકા હોય તો 'પાયલોગ્રાફી' નામના ખાસ એકસ-રે કઢાવવામાં આવે છે. કિડ્નીની કામગીરી સાથે પેશાબની કોથળીની સ્થિતિ અને પ્રોસ્ટેટની ગાંઠ કેટલી મોટી છે એ પણ આવા એકસ-રેમાં ખબર પડે છે.

સિસ્ટોસ્કોપી

વધુ ખાતરી માટે કે પેશાબની કોથળી તપાસવાની જરૂર લાગે તો 'સિસ્ટોસ્કોપ' નામના એક સળિયા આકારના, અંદરથી દૂરબીન જેવી રચનાવાળા યંત્ર વડે પેશાબની કોથળી અને પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિને નજરોનજર તપાસવામાં આવે છે. આથી પ્રોસ્ટેટની ગાંઠ કેટલી અને કઈ દિશામાં વધી છે એની પણ ખબર પડે છે. આ તપાસને અંતે જો ઑપરેશનની જરૂર હોય તો કઈ જાતનું ઑપરેશન કરવું એનો પણ નિર્ણય કરવામાં સરળતા પડે છે.

સોજાની સારવાર

પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિની જુદીજુદી તકલીફમાં જુદીજુદી સારવાર હોય છે. એક સિદ્ધાંત કાયમ રહે છે કે જ્યારે ગ્રંથિમાં રોગને લીધે પેશાબની રુકાવટ થતી હોય તો એ રુકાવટ દૂર કરવી. એનો અર્થ એ કે જો સોજો હોય તો તેને દવાથી ઓછો કરવો. ગાંઠ હોય અથવા ગ્રંથિ એકદમ સંકોચાઈ ગઈ હોય અને એને લીધે મૂત્રાશયનું નાકું સાંકડું થઈ ગયું હોય, કે કૅન્સરને લીધે મૂત્રનળી સાંકડી થઈ ગઈ હોય, તો ઑપરેશનથી એ પરિસ્થિતિ સુધારવી.

સોજો જો એકદમ આવી ગયો હોય (ઍક્યુટ પ્રોસ્ટેટાઇટિસ) તો આરામ અને ઍન્ટિબાયોટિક અથવા 'ઇન્ફેક્શન' મટાડતી બીજી દવાઓથી થોડા દિવસમાં જ સારું થઈ જાય છે. પ્રવાહી ખૂબ પ્રમાણમાં લેવાથી ચેપ જલદી નીકળી જાય છે. બે સાથળ વચ્ચે દુખાવો હોય

તો ગરમ પાણીના ટબમાં કે કૂંડીમાં બેસવાથી ઘણી રાહત રહે છે. પેશાબ સાવ બંધ થઈ ગયો હોય તો ગરમ પાણીની કોથળી રાખવાથી કે ટબમાં બેસવાથી ઘણી વાર છૂટી જાય છે. જો આમ ન થાય તો કૅથેટર (નળી) મૂકીને પેશાબ કરાવવો પડે છે.

જો ગ્રંથિનો સોજો હોય અને પેશાબની રુકાવટ નહીં જેવી હોય તો એનું ઑપરેશન કરવું પડતું નથી. આની સારવારમાં પણ મુખ્ય તો ગ્રંથિમાં રહેલા રોગની સારવાર જ છે. ગુદામાં આંગળી નાખીને ગ્રંથિને દબાવીને એ વખતે પેશાબના રસ્તે જે પ્રવાહી નીકળે એની તપાસ કરવાથી એમાં કેવો અને કેટલો ચેપ છે અને કઈ દવા એને માફક આવશે એનો ખ્યાલ આવી જાય છે. એ માટે યોગ્ય દવાઓ આપવાથી અને સાથેસાથે સામાન્ય તંદુરસ્તીની દરકાર લેવાથી આ ચેપ ધીમેધીમે મટાડી શકાય છે. જોકે આ રોગ હઠીલો ઘણો છે અને એની સારવાર લાંબો સમય કરવી પડે છે.

ગ્રંથિના સોજાવાળાએ દારૂ, ધૂમ્રપાન એકદમ ઓછાં કરવાં જોઈએ. જાતીય સંબંધમાં અતિરેક હોય તો એમાં પણ પ્રમાણ અને નિયમિતતા લાવવાં જોઈએ. કબજિયાત ન થાય અને વધુપડતો થાક ન લાગે એ માટે પણ કાળજી લેવી જોઈએ.

લાંબો સમય એક જગાએ બેસી રહેવાને બદલે, થોડાથોડા વખતે ઊભા થઈને ફરવાથી અને પેશાબની

હાજત થાય ત્યારે તરત કરી લેવાથી સોજામાં ઘણી રાહત રહે છે. સવારસાંજ નિયમિત ફરવા જવાથી પણ સારું લાગે છે.

મસાજ

ચેપ મટાડવાની દવાઓ ઉપરાંત હૉર્મોન દવાઓ પણ ઘણી વાર સોજો મટાડવા માટે ઉપયોગી થાય છે. ક્યારેક જો ચેપ બહુ હઠીલો હોય તો પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિને અઠવાડિયામાં બે-ત્રણ વાર મસાજ (માલિશ) કરીને ચેપ બહાર કાઢવામાં મદદ કરી શકાય છે. આ મસાજ કરતી વખતે ગ્રંથિને ઈજા ન થાય કે એનો ચેપ વધારે ન ફેલાય એ ખાસ ધ્યાન રાખવું જોઈએ. વૈજ્ઞાનિક પદ્ધતિએ મસાજ શીખેલા નિષ્ણાત ડાક્તરો પાસે જ એ કરાવવું જોઈએ. જો યોગ્ય મસાજ ન થાય તો ફાયદા કરતાં નુકસાન વધારે થવા સંભવ છે.

સાદી ગાંઠની એક જ સારવાર

દુનિયામાં જ્યાં જ્યાં આ ગ્રંથિમાં ગાંઠ થાય છે ત્યાં સૌ ડાક્તરોએ એટલું તો સ્વીકાર્યું જ છે કે જ્યારે આ ગાંઠને લીધે પેશાબ અટકતો હોય ત્યારે શક્ય હોય તો ઑપરેશન કરીને ગાંઠ કાઢી નાખવી જોઈએ. આ માન્યતા આટલી દૃઢ શા કારણે થઈ હશે?

પહેલું કારણ તો એ કે નિષ્ણાત સર્જનોનાં આ ગાંઠનાં ઑપરેશનનાં પરિણામો બહુ આકર્ષક છે; અને એંસીથીયે વધુ ઉંમરના દર્દીઓ પણ આ ઑપરેશન

સારી રીતે ખમી શકે છે. વળી ઑપરેશન પછીની રાહત દર્દી માટે નવા જીવન જેવી હોય છે.

બીજું એ કે જો ઑપરેશન ન કરીએ તો આ ગાંઠ અને સાથે પેશાબની તકલીફ પણ ધીરેધીરે વધતી જ જાય છે અને પેશાબની જરૂરિયાતો પ્રમાણે જ જિંદગીની ગોઠવણી કરવી પડે છે. પેશાબ બંધ થઈ જાય કે બહુ લોહી પડે તો હૉસ્પિટલમાં દોડવું પડે છે અને તાત્કાલિક ઑપરેશન કરાવવું પડે છે. આ થાય તો તો ઠીક કે હૉસ્પિટલમાં તો પહોંચ્યા. પણ ઘણી વાર તો એવું થાય છે કે ચિહ્નો ધીમેધીમે જ બગડતાં રહે છે અને દર્દી બેદરકાર બની જાય છે. રાતભર જાગ્યા કરીને ઊંઘ બગડવાથી એની સામાન્ય તબિયત અને એનું મગજ બગડે છે. પેશાબની રુકાવટ થતાં કોથળી ને કિડ્ની બગડે છે. અંતે એવી પરિસ્થિતિ આવે છે કે પછી એ ઑપરેશન કરાવવા જાય તોય એનું જોખમ ઘણું વધી જાય છે. અસહ્ય પરિસ્થિતિ હોય એટલે એ વધારે જોખમ લઈને પણ છેવટે ઑપરેશન કરાવવું જ પડે છે. વખતસર ઑપરેશન ન કરાવનાર બધાયનું આ જ ભાવિ છે.

જે અનિવાર્ય છે એને દૂર કેટલું ઠેલાય?

એ સાચું છે કે ક્યારેક દવાથી ને નિયમિતતાથી ચિહ્નોમાં કંઈક રાહત આવે છે. ક્યારેક પેશાબ સાવ બંધ થઈ ગયા પછી એક વાર નળી મુકાવ્યા પછી પાછો શરૂ પણ થઈ જાય છે. પણ આ બધું ભ્રમ જેવું છે.

ચિહ્નોમાં કામચલાઉ સુધારો લાગે છે પણ રોગ અને એને લીધે થતી, કિડ્ની જેવા જીવનદોરીના અગત્યના અવયવોની નુકસાની તો ચાલુ જ રહે છે. જે અનિવાર્ય છે એને દૂર ઠેલવાથી જોખમ વધતું જાય છે. એમાંયે જો ભૂલેચૂકે કોઈ નુસખાબાજને હાથે ચડી ગયા અને એની પાસે મસાજ કરાવ્યું કે સળિયા કે નળીઓ નંખાવ્યા કરી કે ગરમીનાં કિરણોથી મટાડવાની કોશિશ કરી તો બાજી એકદમ બગડી જાય છે.

એવી કોઈ સારવાર કે દવા વિજ્ઞાને હજુ જાણી નથી કે જે ગાંઠને ઓગાળી નાખે. ગાંઠની સાથે સોજો હોય તે ઓછો કરીને ચિહ્નોમાં સુધારો કરી શકે એવી દવાઓ છે. પણ ગાંઠ એક વાર થઈ એટલે તે વધતી જ ચાલે છે. ક્યારેક ઝડપથી તો ક્યારેક ધીમેધીમે. પેશાબ સાવ બંધ થાય ત્યાં સુધી રાહ જોવી એમાં કંઈ ડહાપણ નથી. અને એક વાર બંધ થઈ ગયો હોય તે નળી મૂકીને કાઢ્યા પછી પાછો ચાલુ થઈ જાય તો બધું સારું થઈ ગયું છે એમ માનવામાં પણ ડહાપણ નથી.

ઢીલનું જોખમ

પેશાબ ચાલતો હોય તોપણ ગાંઠની રુકાવટને લીધે પૂરો તો ક્યારેય થતો નથી. અમુક પ્રમાણમાં તો એ કોથળીમાં જ પડયો રહે છે અને પાણીની ટાંકી ઊભરાતી હોય એમ ઉપરથી થોડોથોડો નીકળ્યા કરે છે

અને બધું બરોબર થતાં મુખ્ય ઑપરેશન મોડું કરવામાં આવે છે.

કોઈ જાતની નળી મુકાવવી પડી ન હોય અને બન્ને કિડ્‌ની બરોબર હોય અને લોહીમાં યુરિયાનું તત્ત્વ નૉર્મલ હોય એવી પરિસ્થિતિમાં ઑપરેશન કરાવવું એ સૌથી સારી પરિસ્થિતિ છે.

વગર ઑપરેશને ઑપરેશન?

પ્રોસ્ટેટની ગાંઠને કે સુકાઈ ગયેલી ગ્રંથિને કાઢી નાખવા માટે બે જાતનાં ઑપરેશનો મુખ્યત્વે થાય છે. એકમાં પેડુના ભાગમાં ચીરો મૂકીને ઑપરેશન કરવામાં આવે છે જ્યારે બીજી રીતમાં એક દૂરબીન જેવી રચનાવાળું, નળી આકારનું યંત્ર વાપરવામાં આવે છે. આ યંત્રને જનનેન્દ્રિય વાટે પેશાબની કોથળીમાં પસાર કરવામાં આવે છે. આ યંત્ર વડે પ્રોસ્ટેટની ગાંઠ જોઈ શકાય છે અને યંત્રમાં રહેલા એક તારના 'લૂપ' (કડી) કે 'પંચ' વડે પ્રોસ્ટેટની ગાંઠનો ટુકડો કાપી શકાય છે. એક ખાસ જાતના 'ડાયાથરમી'ના યંત્રમાંથી વીજળીનો પ્રવાહ આ તારના લૂપમાં પસાર કરવામાં આવે છે. આથી આ લૂપ ગરમ થાય છે અને એનામાં કાપવાની અને લોહી ચિજાવવાની શકિત આવે છે. આ લુપને આગળ-પાછળ હલાવીને પ્રોસ્ટેટનો, બટેટાની કાતરી જેવો ટુકડો કાપવામાં આવે છે. આમ ટુકડા ટુકડા કરીને આખી પ્રોસ્ટેટ ગાંઠનો ચૂરો કરી નાખવામાં આવે છે. અને પછી પેશા-

બની કોથળીમાં ભેગા થયેલા બધા ટુકડા આ યંત્રના પોલાણ દ્વારા ચૂસીને બહાર કાઢી લેવામાં આવે છે. આ યંત્રને 'રીસેક્ટોસ્કોપ' કહે છે. આમ બહારથી કંઈ પણ કાપકૂપ કર્યા વગર કે ટાંકા લીધા વગર આ ઑપરેશન થાય છે. આ વિશિષ્ટ જાતનું યંત્ર વાપરવા માટે સર્જનોએ ખાસ તાલીમ લેવી પડે છે.

આ યંત્ર મોટે ભાગે તો પ્રમાણમાં નાની ગાંઠ કે સંકોચાયેલી ગ્રંથિ કે કેન્સર માટે જ વપરાય છે.

ઑપરેશનના બે પ્રકાર

વધારે પ્રચલિત ઑપરેશન તો પેડુમાં કાપ મૂકીને થાય છે. આમાં પણ બે પ્રકાર છે. એકમાં પેશાબની કોથળીને ખોલીને એના વાટે પ્રોસ્ટેટ ગાંઠ ખેંચી લેવામાં છે. જ્યારે બીજામાં સીધો પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિ પર કાપો મૂકીને એમાંથી ગાંઠ કાઢી લેવામાં આવે છે. આ બીજા પ્રકારના ઑપરેશનનાં પરિણામો પ્રમાણમાં વધારે સારાં છે. મોટા ભાગના, પેશાબનાં ઑપરેશનોના નિષ્ણાતો આ બીજી જાતનું ઑપરેશન કરે છે. ઑપરેશન કરતી વખતે અમુક લોહીનો વ્યય થાય છે એટલે ઘણુંખરું એકાદ બાટલી લોહી તો આપવું જ પડે છે.

ઑપરેશનને અંતે જનનેન્દ્રિય વાટે પેશાબની કોથળીમાં કેથેટર મૂકી રાખવામાં આવે છે. આ નળી

બાટલી સાથે જોડવામાં આવે છે એટલે પેશાબ સીધો એમાં એકઠો થાય છે. થોડા દિવસ સુધી લોહીવાળો પેશાબ આવે છે. જ્યારે પેશાબ ચોખ્ખો થાય ત્યારે આ નળી કાઢી નાખવામાં આવે છે. પછી પેશાબ કુદરતી રીતે થાય છે. સામાન્ય રીતે કંઈ તકલીફ ન થઈ હોય તો ઑપરેશન પછી દસ-બાર દિવસમાં દર્દી ઘેર જાય છે. ઘણા વખતની ફરિયાદ આ રીતે દૂર થતાં દર્દીને તો જાણે નવજીવન મળ્યું હોય એમ લાગે છે.

વંધ્યત્વ આવે પણ પુરુષત્વ ન જાય

આ ઑપરેશનમાં વીર્યવાહક ઝીણી નળીઓ પ્રોસ્ટેટની ગાંઠ સાથે કપાઈ જાય છે. જ્યારે ઘણી વાર તો પ્રોસ્ટેટનો ચેપ ગોળીમા ન ફેલાય એ માટે સર્જન વંધ્યીકરણનું ઑપરેશન પણ સાથેસાથે કરી નાખે છે. એટલે ઑપરેશન પછી વંધ્યત્વ આવે છે. અહીં એટલું જણાવવું જરૂરી છે કે આ ઑપરેશનથી પુરુષાતન ઓછું થાય છે એવો સામાન્ય ખ્યાલ છે એ સાવ ખોટો છે. એમાં કંઈ ફેર પડતો નથી.

પ્રોસ્ટેટમાં પથરી હોય કે ગ્રંથિ સુકાયેલી હોય તોપણ આ રીતેજ પેડુમાં કાપો મૂકીને ઉપરની ઓમાંથી એક જાતનું ઑપરેશન કરાય છે અથવા તો 'રીસેક્ટોસ્કોપ' વડે પ્રોસ્ટેટના ટુકડા કાપવામાં આવે છે. સુકાયેલી ગ્રંથિમાં જો પેશાબની રુકાવટ બહુ ન હોય અને કોથળીમાં પેશાબ રહી ન

જતો હોય તો સળિયા નાખીને મૂત્રનળીનું નાકું પહોળું કરવાથી પણ અમુક અંશે તકલીફ હળવી થાય છે.

કૅન્સર મટાડવું મુશ્કેલ

પ્રોસ્ટેટનું કૅન્સર પ્રમાણમાં ખરાબ કૅન્સર કહેવાય છે. એને સાવ મટાડવું પ્રમાણમાં જેટલું મુશ્કેલ છે એટલું જ એને કાબૂમાં રાખવું પ્રમાણમાં સહેલું છે. ઘણે ભાગે કૅન્સરને હોર્મોનની ગોળીઓથી કાબૂમાં રાખી શકાય છે. કૅન્સર કાબૂમાં આવતાં અને અમુક અંશે ઓછું થતાં પેશાબનાં ચિહ્નોમાં ને દુખાવામાં રાહત મળે છે. પેશાબની રુકાવટ વધારે હોય તો રીસેક્ટોસ્કોપથી કે ઉપરથી કાપીને, પ્રોસ્ટેટને વચ્ચેથી ઓતરીને પેશાબનો રસ્તો કરવામાં આવે છે.

બહુ જ વહેલા પકડાયેલા સિવાયના મોટા ભાગના કૅન્સરમાં ઑપરેશન કરીને આખી ગાંઠ કાઢી નાખવાનું શક્ય બનતું નથી. જ્યારે નિષ્ણાત દર્દીને જુએ ત્યારે મોટા ભાગના કિસ્સાઓમાં આ કૅન્સર ઑપરેશનની શકયતાની હદ ઓળંગીને ફેલાયેલું જોવામાં આવે છે. અને વળી હોર્મોનથી કાબૂ આવી શકે છે. એટલે મટાડવાના આશયથી બહુ મોટું ઑપરેશન ન કરવાનો મોટા ભાગના સર્જનોનો અભિપ્રાય હોય છે. જો પેશાબની બહુ તકલીફ હોય કે પેશાબ બંધ થઈ ગયો હોય તો એ ચાલુ કરવા ઑપરેશનની જરૂર રહે છે. પણ એમાં તો

કેન્સર વચ્ચેથી જ રસ્તો કરવામાં આવે છે. અને પછી કેન્સરને હોર્મોનની ગોળીઓથી કાબૂમાં રાખવામાં આવે છે.

હોર્મોનની ગોળીઓની અસરમાંથી આ કેન્સર છટકે ત્યારે અથવા તો ઘણી વાર પ્રાથમિક સારવાર તરીકે જ પુરુષનાં બન્ને વૃષણ કે એનો વચ્ચેનો ભાગ કાઢી નાખવાથી પણ કેન્સરને કાબૂમાં લઈ શકાય છે.

અમુક કેન્સર પર હોર્મોનની કંઈ અસર થતી નથી. આવા વીફરેલા કેન્સરની તકલીફ ઓછી કરવા કયારેક 'એડ્રીનલ' અને 'પિટ્યુટરી' ગ્રંથિ પર ઑપરેશનો કરવામાં આવે છે. પણ આવા દર્દીઓનું ભાવિ અંતે તો નિરાશાભર્યું જ હોય છે.

આઠમા વર્ષમાં પ્રગટ થનારી પુસ્તિકાઓ

• ચાની કથા	કાકુભાઈ તન્ના
• ઍન્ટિબાયોટિક દવાઓ	ક્ષિતીશ દ્વિવેદીઆ
• ઘરઆંગણે શાકભાજી	તરુણિકા દફ્તરી
• વિદ્યાપ્રેમી ફાર્બસ	ચુનીલાલ મડિયા
• દક્ષિણ રહોડેશિયા	દિનકર મહાત્મે
• રેસિંગ વિષે જાણવા જેવું	શંકર ત્રાવડીવાળા
• ઇન્ડોનેશિયા	વિજયગુપ્ત મૌર્ય
• બેઠાડુ જીવનમાં આરોગ્ય	મહેરવાન ભમગરા
• તિબેટ	એ. જી. નૂરાણી
• શાંતિસેના	નારાયણ દેસાઈ
• ભારત અને અણુબૉમ્બ	રોહિત દવે
• નરસિંહ મહેતા	સુરેશ દલાલ
• રૂપિયાનું અવમૂલ્યાંકન	નરોત્તમ શાહ
• ચંદ્ર પર જઈને શું કરીશું ?	નાનાલાલ વસા
• વિયેટનામ	કે. ગોપાલન્
• ઍલ્યુમિનિયમની કથા	પ્રભુદાસ વિઠ્ઠલદાસ
• પ્રોસ્ટેટની વ્યાધિ	ડૉ. ભાનુ ર. શાહ
• ઑટોમેશન	મનુભાઈ મહેતા
પ્લાસ્ટિક સર્જરી	એસ. જે. વૈદ્ય
ત્રણ યોજનાઓથી શો ફાયદો થયો ?	વાડીલાલ ડગલી
યહૂદીઓનો ધર્મ	એમ. ડી. જાપેથ
પ્રધાનમંડળ કેમ કામ કરે છે ?	શાંતિલાલ શાહ
પ્રાથમિક સારવાર	ડૉ. મોહન પોપટ
પેટ્રોકેમિકલ ઉદ્યોગો	અરવિંદ મફતલાલ

• ફૂદડીવાળી પુસ્તિકાઓ પ્રગટ થઈ ગઈ છે.

દર મહિને બે પુસ્તિકા પ્રગટ થાય છે. એક પુસ્તિકાની છૂટક કિંમત પચાસ પૈસા. વાર્ષિક લવાજમ દસ રૂપિયા (પરદેશમાં વીસ શિલિંગ).

પરિચય ટ્રસ્ટ, બોમ્બે મ્યુચ્યુઅલ ચેમ્બર્સ, ચોથે માળ,
૧૯/૨૧ હમામ સ્ટ્રીટ, મુંબઈ–૧. ટે. નં. ૨૫૪૦૫૯

ડૉ. ભાનુ ર. શાહ



ભાનુકુમાર રતિલાલ શાહનો જન્મ ૧લી જુલાઈ ૧૯૩૧ના દિવસે સૌરાષ્ટ્રમા આવેલા લખતર ગામે થયો હતો માધ્યમિક શાળાની કેળવણી સૌરાષ્ટ્રના જુદાં જુદાં ગામોમાં લઈ, છઠ્ઠી અંગ્રેજીથી એમ બી. બી. એસ સુધીનો અભ્યાસ તેમણે અમદાવાદમા કર્યો

૧૯૫૬મા એમ. બી. બી એસ થઈ થોડા વખતમાં જ તેઓ ઇંગ્લૅન્ડ ગયા ૧૯૬૦મા ડૉ શાહે લંડનમાં એફ આર સી. એસ ની ડિગ્રી મેળવી સાડા છ વર્ષ સુધી ઇંગ્લૅન્ડની જુદી જુદી હૉસ્પિટલોમા કામ કરી સર્જરીની જુદી જુદી શાખાઓનો અનુભવ લઈ, જેનીટો-યુરીનરી સર્જરી (પેશાબ અને જનનેન્દ્રિયના રોગો માટેની શસ્ત્રક્રિયા)ના નિષ્ણાત બની તેઓ પાછા ફર્યા

એમણે વધરાવળ (હાઈડ્રોસીલ) પર સંશોધન કરીને તેના ઉપચાર માટે એક નવું ઑપરેશન યોજ્યું છે ઇંગ્લૅન્ડના વિખ્યાત મેડિકલ જર્નલ 'લૅન્સેટ'માં એ વિષેનો એમનો લેખ છપાયો હતો અત્યારે તેઓ મુંબઈમાં કન્સલ્ટિંગ પ્રૅક્ટિસ કરે છે, અને ભાટિયા જનરલ હૉસ્પિટલમાં ઑનરરી સર્જન તેમ જ યુરૉલૉજિસ્ટ તરીકે તેમ જ બૉમ્બે હૉસ્પિટલમાં ઑનરરી ઍસોસિયેટ સર્જન તરીકે કામ કરે છે

કૉલેજના અભ્યાસ દરમિયાન ઘણી વાર્તાઓ અને એકાંકી નાટક એમણે પ્રગટ કર્યાં, અને ઑલ ઇન્ડિયા રેડિયોનાં સંખ્યાબંધ નાટકોમાં ભાગ લીધેલો એમણે 'ઑપરેશનનો ડર નકામો છે' 'પથરી' અને 'વંધ્યત્વની સમસ્યા' નામની પરિચય પુસ્તિકાઓ લખી છે એમણે ઇંગ્લૅન્ડના વસવાટ દરમિયાન પશ્ચિમ યુરોપનો પ્રવાસ કર્યો હતો સાહિત્ય અને સર્જરી એમના મુખ્ય શોખ છે

૧૯૫૭માં તેમણે હના શાહ સાથે લગ્ન કર્યું એમને મિલિંદ નામનો પુત્ર છે

કિડનીના રોગો

ડૉ. ભાનુ ર. શાહ

પરિચય પુસ્તિકા પ્રવૃત્તિ–૨૦૮

પરિચય પુસ્તિકા પ્રવૃત્તિ–૨૦૮

કિડનીના રોગો

ડૉ. ભાનુ ર. શાહ



પરિચય ટ્રસ્ટ
સંપાદક : વાડીલાલ ડગલી

પ્રકાશક
યશવંત દોશી
પરિચય ટ્રસ્ટ
બૉમ્બે મ્યુચ્યુઅલ ચેમ્બર્સ,
૧૯/૨૧, હમામ સ્ટ્રીટ, મુંબઈ-૧

મુદ્રક
ધીરુભાઈ જીવણભાઈ દેસાઈ
સ્ટેટ્સ પીપલ પ્રેસ,
જન્મભૂમિ ભવન,
ફોર્ટ, મુંબઈ-૧

પહેલી આવૃત્તિ

૫૦ પૈસા   ઑગસ્ટ ૧૯૬૭

કવર ડિઝાઈન : પી. એન. એ.

કિડનીના રોગો

કિડની શરીરની એક અદ્ભુત પ્રયોગશાળા છે. લોહી અને શરીરના બધા જ કોષોની અંદર અને આજુબાજુમાં પાણીનું યોગ્ય પ્રમાણ—નહીં ઓછું કે નહીં વધારે—જાળવવાનું કામ કિડનીનું છે. શરીરના કેટલાયે અવયવોની પ્રકૃતિનું નિયમન કરતા સોડિયમ અને પોટેશ્યમના ક્ષારોનું એકધારું પ્રમાણ પણ કિડની જ જાળવે છે; થોડુંક સોડિયમ વધી જાય તો શરીરે સોજા ચડી જાય અને પોટેશ્યમ વધી જાય તો હૃદય ફટ્ દઈને બંધ પડી જાય!

શરીરની રાસાયણિક પ્રવૃત્તિઓમાંથી પેદા થયેલા 'યુરિયા' અને એવા બીજા નકામા પદાર્થો કે દવાઓ રૂપે લેવાયેલા ઝેરી પદાર્થોને બહાર ફેંકવાનું કામ પણ કિડની જ કરે છે.

ગટર નહીં પણ લૅબોરેટરી

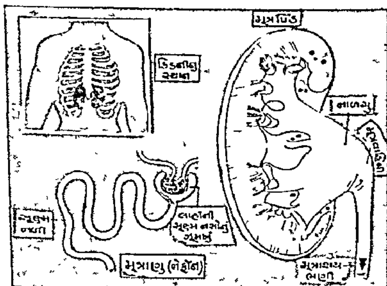
કિડની પેશાબ વાટે, શરીરને ન ખપતાં પાણી ને રસાયણોને બહાર કાઢે છે એટલે કિડનીને 'ગટર' સાથે સરખાવવામાં આવે છે. પણ ખરું તો એ છે કે એ ગટર નથી પણ મહાન 'લૅબોરેટરી' છે.

કિડનીમાં, શરીરને ન જોઈતી વસ્તુઓ માત્ર ફિલ્ટર થતી નથી પણ એના જીવંત કોષોમાં રાસાયણિક પ્રક્રિયા

સતત થયા કરતી હોય છે. એની ઝીણી ઝીણી નળીઓમાં, લોહીમાંથી ફિલ્ટર થઈને આવેલા કંઈક પદાર્થોને આ કોષો પાછા ચૂસી લે છે, કંઈકને બદલી નાખે છે અને કંઈક નવા પદાર્થો આ ફિલ્ટરમાં ઉમેરાય છે. આખા શરીરની રાસાયણિક પ્રક્રિયાઓમાં આવેલા ઊભરાઓને કિડની શાંત કરે છે, અને શરીરનું એકધારાપણું પ્રતિક્ષણે જાળવે છે. શરીરનાં બંધારણમાં, એનાં તત્ત્વોમાં, એનાં ક્ષારોમાં, એના ઍસિડ-આલ્કલીના પ્રમાણમાં એટલું બધું એકધારાપણું જરૂરી છે કે એમાં જરાક ફેરફાર થાય તોયે કેટલાયે અવયવોની કામગીરી કથળી જાય, કે મૃત્યુ થાય. આ નિયમન જાળવવા કિડનીઓ દિવસમાં લગભગ એક ટન લોહીને સાફ કરે છે. સલામતી ખાતર કુદરતે બે કિડની બનાવી છે. આથી રોગને લીધે એક કિડની બંધ પડે કે ઑપરેશનથી કાઢી નાખવી પડે તોપણ બીજી કિડની સહેલાઈથી બધો બોજો ઉપાડી શકે છે. એક બાજુની અર્ધી કિડની માત્રથી શરીર બરોબર ચાલતું હોય એવા દાખલાઓ પણ જોયા છે.

પાશેર વજન અને મુઠ્ઠી જેટલું કદ

કમરની પાછળના ભાગમાં, કરોડની બંને બાજુએ છેલ્લી પાંસળીઓના સમતલે પાશેર પાશેર વજનની અને મુઠ્ઠી જેવડી, તાંબા રંગની બે કિડનીઓ, સારી રીતે રક્ષાયેલી પડી હોય છે. બંને કિડનીઓ એકબીજાથી દૂર અને અલગ રીતે પોતપોતાનું કામ કરી શકે તેવી રીતે ગોઠવાયેલી છે.



કિડની

વીસ લાખ મૂત્રાણુઓ (નેફ્રોન)

પાશેર વજનના આ એક અવયવની અંદરની રચના એટલી અટપટી છે કે એના આંકડાઓ વાંચતાં કોઈ અદ્ભુત પ્રયોગશાળાનું વર્ણન હોય એવું જ લાગે. દરેક કિડનીમાં બહારના એક પડની અંદર, બે ઇંચ લાંબી એવી લગભગ દસ લાખ સૂક્ષ્મ નળીઓ હોય છે. લંબાવી હોય તો સવાસો માઈલથી પણ વધુ લાંબી થાય એવી આ નળીઓમાં, કેટલાયે જીવનોપયોગી રાસાયણિક પ્રયોગો સતત ચાલ્યા કરે છે. દરેક સૂક્ષ્મ નળીના એક છેડે, ટોપ જેવું, લોહીની ઝીણી નસોનું એક ઝૂમખું હોય છે. એમાંથી

લોહી ગળાઈને, ક્ષારો અને પ્રોટીન સિવાયનું પ્રવાહી, સૂક્ષ્મ નળીઓમાં જાય છે. લોહીની નસોનું ઝૂમખું અને કિડનીની સૂક્ષ્મ નળીના એક ભાગને 'નેફ્રોન' (મૂત્રાણુ) કહે છે. આ સૂક્ષ્મ નળીઓ કિડનીના નાળચાની ઝીણી શાખાઓમાં ખૂલે છે અને એમાં પેશાબ ઠાલવે છે. આ નાળચામાંથી મૂત્રવાહિની શરૂ થાય છે. દસ ઇંચ લાંબી આ મૂત્રવાહિનીઓ પેશાબને મૂત્રાશયમાં લઈ જાય છે.

બધું લોહી દર ચાર મિનિટે સાફ

કિડનીનું આ અદ્ભુત કામ ઝડપથી ચાલુ રાખવા, લોહી પણ કેટલું બધું એમાં આવે છે! બંને કિડનીનું વજન તો અર્ધો શેર—એટલે શરીરના બસો-ત્રણસોમા ભાગનું કહેવાય!—છતાંયે શરીરના ચોથા ભાગના લોહીનું ભ્રમણ કિડનીમાં જ થાય છે. દર ચાર મિનિટે આખા લોહી કિડનીમાં ફરી આવે છે એટલે આખા શરીરનું લોહી એક દિવસમાં કુલ સાડાત્રણસો વાર, આ બે કિડનીઓમાં સાફ થવા માટે જાય છે!

પાણીનું પ્રમાણ જાળવે છે

આપણા શરીરમાં ત્રણ ભાગમાંથી બે ભાગ જેટલું તો પાણી જ છે. લોહીમાં લગભગ અરધોઅરધ પાણી હોય છે. બધું જ પાણી લોહીના ભ્રમણ દ્વારા કિડનીમાં ફિલ્ટર થવા પહોંચી જાય છે.

કિડનીના સૂક્ષ્મ મૂત્રાણુઓમાં તો દર મિનિટે લગભગ એક એક 'પાઈન્ટ' જેટલું પાણી ફિલ્ટર થઈને

આવે છે. આ પાઈન્ટ પ્રવાહીમાંથી, પેશાબ તરીકે તો માત્ર પંદર ટીપાં જ નીચે ઊતરે છે. બાકીનું પ્રવાહી બધું પાછું લોહીમાં શોષી લેવાય છે. મૂત્રમાં કેટલી ખાંડ, કેટલા ક્ષારો, કેટલું ઍસિડ-આલ્કલી વગેરે જવા દેવું, કયા પદાર્થોને બદલવા અને કયા નવા ઉમેરવા એ બધું આ સૂક્ષ્મ નળીઓના કોષો નક્કી કરે છે.

દર અર્ધી મિનિટે મૂત્રવાહિનીઓ પેશાબની કોથળીમાં સાત આઠ ટીપાં જેટલા પેશાબની પિચકારી છોડે છે. આમ આખા દિવસમાં લગભગ દોઢ લીટર જેટલો પેશાબ પેદા થાય છે. રાત્રે લોહીનું ભ્રમણ મંદ હોય એટલે દિવસ કરતાં રાત્રે પ્રમાણમાં પેશાબ ઓછો થાય છે. કુલ પેશાબ કેટલો થાય એ, પિવાયેલા પ્રવાહીના પ્રમાણ, આબોહવા અને કેટલો પરસેવો થાય એ બધા ઉપર આધાર રાખે છે.

મીઠા અને પાણીની સપ્રમાણતા

પાણીનું પ્રમાણ સાચવવાની સાથે કિડની શરીરમાં રહેલા ક્ષારોનું પ્રમાણ પણ એટલી જ ઝીણવટથી સાચવે છે. આમાં મુખ્ય ક્ષાર મીઠું હોય છે. આ પદાર્થ જો શરીરમાં વધારે રહી જાય તો મીઠાને અમુક પ્રમાણમાં જ દ્રાવણમાં રાખવા માટે એટલું વધારે પાણી પણ કિડનીને શરીરમાં રહેવા દેવું પડે છે. આ પાણી શરીરમાં સોજારૂપે દેખાય છે. એથી જ કેટલાક સોજાના કિસ્સાઓમાં મીઠું ઓછું ખાવાની કે બંધ કરવાની સલાહ આપવામાં આવે છે.

ક્ષાર અને પાણીની આ સપ્રમાણતા જાળવવામાં કિડનીને પિટ્યુટરી અને એડ્રિનલ ગ્રંથિના હોર્મોન પદાર્થો મદદ કરે છે.

પેશાબમાં જતા ક્ષારોની ફેરબદલી કરીને શરીરમાં 'એસિડ' અને 'આલ્કલી' તત્ત્વનું પણ એકધારું પ્રમાણ કિડની સાચવે છે.

ખાંડ અને પ્રોટીન ગુમાવ્યે કેમ પાલવે?

લોહીની નસોમાંથી ફિલ્ટર થયેલા પ્રવાહીમાં તો ઘણી ખાંડ હોય છે. પણ ખાંડ તો શરીરની ભઠ્ઠીનું બળતણ છે. એને પેશાબમાં ગુમાવ્યે કેમ ચાલે? કિડનીની સૂક્ષ્મ નળીઓ આ બધી ખાંડને પાછી ચૂસી લે છે. સામાન્ય રીતે પેશાબમાં બિલકુલ ખાંડ હોતી નથી.

પ્રોટીન પાણીને કિડની સુધી પહોંચાડે

પ્રોટીન તત્ત્વ પણ એટલું જ અગત્યનું છે. શરીરના કોષોના બંધારણ, વિકાસ અને પડના ઘસારાનું સમારકામ કરવા માટે પ્રોટીન તત્ત્વની જરૂર પડે છે. ફિલ્ટર થયેલું બધું પ્રોટીન નળીઓમાં પાછું ચુસાઈ જાય છે અને સામાન્ય રીતે પેશાબમાં પ્રોટીન (મુખ્યત્વે આલ્બ્યુમિન) જરાયે હોતું નથી. નેફ્રાઇટિસ જેવા રોગોમાં કિડનીના ફિલ્ટરમાં આ તત્ત્વ વધારે જાય છે અને પાછું ચૂસી શકવાની અશક્તિને લીધે પેશાબમાં ઘણું આલ્બ્યુમિન જાય છે અને એને લીધે લોહીનું પ્રોટીન તત્ત્વ બહુ ઓછું થઈ જાય છે. લોહીમાં અને બહારના સ્નાયુઓમાં પાણીનું પ્રમાણ એકધારું રાખવામાં આ પ્રોટીન તત્ત્વ મુખ્ય ભાગ

ભજવે છે. જો લોહીમાં પ્રોટીન ઓછું થાય તો સ્નાયુઓ અને ચામડીનું પાણી લોહીમાં બરોબર ચુસાઈને કિડની સુધી પહોંચાડી શકાતું નથી. આથી શરીરમાં પાણી જમા થાય છે, અને સોજા રૂપે દેખાય છે.

કિડનીના જાતજાતના રોગો

કિડની, જેટલું કામ કરે છે એના પ્રમાણમાં બહુ ઓછી બગડે છે. પણ બગડે ત્યારે એની અસરકારક સારવાર કરવાની પણ એટલી જ જરૂર રહે છે. જોકે તંદુરસ્તી જાળવવા જોઈએ એ કરતાં બે-ત્રણ ગણી શક્તિનો એમાં સંચય હોવાથી, ઘણી વાર એ બગડી હોય તોયે એવી ગંભીર અસર થતી નથી. આને પરિણામે આપણે ભૂલથાપ ખાઈને કિડનીના રોગો પ્રત્યે ઘણી વાર બેદરકારીભર્યું વલણ દર્શાવીએ છીએ.

કિડનીના રોગોમાં સામાન્ય ચેપ, ક્ષય, સોજો (નેફ્રાઇટિસ), પથરી, કેન્સર વગેરે જાણીતા છે. એ ઉપરાંત એમાં પ્રવાહી ગાંઠો (cysts), મૂત્રવાહિનીમાં અટકાવ, કેટલીક જન્મજાત ખોડખાંપણો, લોહીની નસોની ઝીણાશ વગેરે પણ થાય છે. લોહીના દબાણ સાથે પણ કિડનીના રોગોને એક ખાસ જાતનો સંબંધ છે.

કિડનીનો રોગ છે એ કેમ ખબર પડે?

કિડનીનું કામ શરીરનું એકધારાપણું સાચવવાનું છે. એટલે એના ઘણા રોગોમાં ચિહ્નો કિડની પર કેન્દ્રિત થતાં નથી પણ આખા શરીરમાં ફેલાયેલાં હોય છે. આવાં વ્યાપક ચિહ્નોને લીધે કોઈ વાર ખોટી દિશામાં જ તપાસ

થઈ જાય છે. જોકે કિડનીના કારખાનાની મુખ્ય પેદાશ પેશાબ છે એટલે એની તપાસથી તરત જ કિડની પર ધ્યાન દોરાય છે.

ચિહ્નો — સીધાં અને આડકતરાં

કિડની તરફ સીધું ધ્યાન દોરે તેવા ચિહ્નો તો કમરનો દુખાવો કે ચૂંક અને પેશાબની પ્રક્રિયામાં કંઈ ફેરફાર પડે તે છે. એ સિવાય તો સામાન્ય નબળાઈ, ઝીણો તાવ, મોં કે પગ પરના સોજા, લોહીની ફિક્કાશ કે વધી ગયેલું લોહીનું દબાણ—આવાં ચિહ્નો માટે પણ કિડનીનો રોગ કારણરૂપ હોય છે. ક્યારેક તો કંઈ ખાસ ચિહ્ન ન હોય તોપણ બીજી કોઈ તકલીફ માટે પેશાબની તપાસ કરો કે પેટનો એક્સ-રે ફોટો પાડો ત્યારે જ ખબર પડે કે કિડનીમાં પથરી કે બીજો કંઈ રોગ છે.

નિદાનનું પહેલું પગલું—પેશાબની તપાસ

પેશાબની તપાસ નિષ્ણાત ડૉક્ટરને ઘણું કહી શકે છે. શરીરની તપાસનો આ સૌથી વધુ પ્રચલિત અને સૌથી વધુ માહિતી આપતો 'ટેસ્ટ' છે.

જૂના કાળના વૈદો પણ પેશાબની તપાસને એક અગત્યનું નિદાનનું સાધન ગણતા. એનો રંગ, એની ગંધ, એમાં તળિયે બેસતા પદાર્થો વગેરે પરથી તેઓ રોગનું નિદાન કરતા. હવે તો પેશાબનું નેકટો રીતે પૃથક્કરણ કરવામાં આવે છે. પેશાબમાં ખાંડ માટેના ઘરઆંગણે થઈ શકતા ટેસ્ટથી માંડીને મુંબઈ જેવા શહેરની બે-પાંચ

લેબોરેટરીમાં જ માત્ર થઈ શકે તેવી પેશાબનાં હોર્મોન તત્ત્વોની તપાસ સુધીના જાતજાતના 'ટેસ્ટ' થાય છે.

સામાન્ય તપાસમાં ઘણી માહિતી

આપણે જેને પેશાબની સામાન્ય તપાસ કહીએ છીએ એમાં મુખ્યત્વે નીચેના ટેસ્ટ થાય છે:

૧ ઘટ્ટતાઃ પાણીના વજનની સાથે સરખામણી કરતો આ સ્પેસિફિક ગ્રેવિટીનો ટેસ્ટ કિડનીની કામગીરીનો સારો ખ્યાલ આપે છે. જો પેશાબ પાતળો હોય તો એનો અર્થ એ કે કિડની એમાં ફેંકવો જોઈતો કચરો પૂરતો ફેંકી શકતી નથી. કંઈ રોગ ન હોય તો ગમે તેટલું વધારે-ઓછું પાણી લેવાયું હોય તોપણ ઘટ્ટતા અમુક પ્રમાણથી ઓછી-વધારે થતી નથી.

૨. ઍસિડિટીઃ સામાન્ય રીતે પેશાબ ઍસિડ હોય છે. શાકાહારી ખોરાક પેશાબને આલ્કલી બનાવે છે, તોપણ દિવસના મોટા ભાગમાં તો પેશાબ નહીં જેવો પણ ઍસિડ આવે છે. કાયમ આલ્કલી કે કાયમ ઍસિડ પેશાબ આવતો હોય તો રોગની શંકા રહે છે, કિડની કે મૂત્રાશયમાં પરુ થતું હોય ત્યારે પેશાબ વધારે પડતો આલ્કલી આવતો હોય છે. જ્યારે મૂત્રમાર્ગના ક્ષય જેવી બીમારીમાં એ ઍસિડ જ રહે છે. પેશાબના ઘણા ચેપ (ઇન્ફેક્શન)માં ઍસિડ કે આલ્કલી દવાઓ આપવામાં આવે છે તે આ 'રીએક્શન' બદલવા માટે આપવામાં આવતી હોય છે. પેશાબમાં ચેપ હોય ત્યારે 'બૅક્ટીરિયા'ને કાબૂમાં લેવા આમ કરવું જરૂરી બને છે.

૩. **ખાંડ:** લોહીમાં ખાંડનું એક નકકી પ્રમાણ રહેવું જોઈએ. એથી વધારે પ્રમાણ–રોગને લીધે અથવા અતિશય ખાંડ લેવાને લીધે–થાય તો કિડની પેશાબમાં ખાંડને જવા દે છે. ડાયાબિટીસ રોગમાં, લોહીમાં ખાંડનું પ્રમાણ વધવાથી, પેશાબમાં ખાંડ જાય છે. લોહીમાં સમધારણ પ્રમાણ, દર સો મિલિલિટરે ૮૦થી ૧૨૦ મિલિગ્રામ સુધીનું રહે છે. એ વધીને ૧૮૦ મિલિગ્રામ થાય ત્યાં સુધી તો કિડની ખાંડને લોહીમાં રોકી રાખે છે. જ્યારે પ્રમાણ ૧૮૦ મિલિગ્રામથી પણ વધે ત્યારે કિડનીની મર્યાદાની હદ આવી જાય છે અને વધારાની ખાંડ પેશાબમાં જાય છે.

૪. **આલ્બ્યુમિન (પ્રોટીન):** સામાન્ય રીતે પ્રોટીન તત્ત્વ શરીરને બહુ કામનું હોવાથી, કિડની એને પેશાબમાં જવા દેતી નથી. જ્યારે પેશાબમાં પ્રોટીન દેખાય ત્યારે ઘણુંખરું કિડનીમાં ચેપ કે બીજી બીમારી હોય. શરીરમાં બીજો એવો રોગ હોય કે જેનું ઝેર કિડનીની શક્તિઓને નબળી પાડે, તોપણ પેશાબમાં પ્રોટીન દેખાય છે.

ક્યારેક બહુ કસરત પછી પણ પેશાબમાં પ્રોટીન જાય છે. અમુક રોગમાં પેશાબમાં ખાસ જાતનાં, 'આલ્બ્યુમિન' સિવાયનાં, પ્રોટીન પણ જતાં હોય છે.

૫. **પિત્ત:** લીવરનો સોજો કે પિત્તના માર્ગમાં પથરી, કૅન્સર વગેરે રોગ હોય ત્યારે પેશાબમાં પિત્ત જતું હોય છે અને આ તપાસ પરથી કમળો થયો છે

કે નહીં અને કયા કારણે થયેા છે તે જાણી શકાય છે.

૬. **સૂક્ષ્મ તપાસ :** સામાન્ય તપાસમાં પેશાબને સૂક્ષ્મદર્શક યંત્ર નીચે પણ તપાસવામાં આવે છે. એમાં પરુના કણેા, જીવાણુએા, લેાહીના કણેા, બીજા નાના કેાષેા, પથરીની કણીએા અને પ્રેાટીનના સૂક્ષ્મ ઢાળાએા (casts) વગેરે જોવા મળે છે. આ બધા ઉપરથી કયા પ્રકારનેા રેાગ છે તેનું ઘણું માર્ગદર્શન મળે છે.

શરીરના બીજા રેાગેા માટે પેશાબની તપાસ

પેશાબની તપાસ કિડનીના રેાગેા સિવાય પણ બીજા કેટલાયે રેાગેા માટે કરવામાં આવે છે. એમાં હેાર્મોન તત્ત્વેાની તપાસ, કેલ્શ્યમની તપાસ વગેરે પરથી, સગર્ભાવસ્થાથી માંડીને અંતઃસ્રાવી ગ્રંથીએાના કેન્સર સુધીનાં નિદાનેા કરી શકાય છે.

પેશાબની તપાસ એ આધુનિક દવાશાસ્ત્રનું અમેાલું સાધન છે. એની તપાસે કંઈક જિંદગીએા બચાવી છે.

ચેાક્કસ નિદાન અઘરું નથી

શરીરના અંદરના બીજા કેાઈ અવયવ કરતાં કિડનીના રેાગનું નિદાન પ્રમાણમાં વધુ ચેાકસાઈથી થઈ શકે છે. પેશાબની તપાસ ઉપરાંત, શરીરની દાક્તરી તપાસ, લેાહીની તપાસ અને એકસ રેથી અને છેવટે જરૂર પડે તેા કમરમાં સેાય ભેાંકીને કિડનીનેા ઝીણેા ટુકડેા એમાં લઈ એને બહાર કાઢીને સૂક્ષ્મદર્શક યંત્રમાં તપાસીને પણ એના રેાગનું ચેાક્કસ નિદાન થઈ શકે છે.

પેટની; દાક્તરી હાથતપાસમાં તો સામાન્ય રીતે કિડનીઓ પારખી શકાતી નથી. દુબળા માણસોમાં જમણી કિડનીનો નીચેનો ભાગ માંડ પારખી શકાય છે. અમુક જગાએ દબાવવાથી દુખાવો થતો હોય તો કિડનીના રોગની શંકા કરી શકાય છે. વળી કિડનીનું કદ વધ્યુ હોય કે એમાં ગાંઠ કે કેન્સર હોય તો ઘણી વાર હાથતપાસમાં ખબર પડી શકે છે.

લોહીમાં યુરિયાનું પ્રમાણ

કિડનીના રોગના નિદાન માટે લોહીમાં યુરિયાનું પ્રમાણ તપાસવાનો ટેસ્ટ ઘણો ઉપયોગી છે. શરીરમાં પ્રોટીન તત્ત્વની વપરાશને અંતે છેલ્લે નકામો પડતો એમોનિયાનો અંશ, લીવરમાં ફેરવાઈને યુરિયા બને છે. આ યુરિયાને બહાર ફેંકવાનું કામ કિડનીનું છે. રોજ લગભગ એક ઔંસ જેટલું યુરિયા પેશાબ વાટે બહાર નીકળે છે. જેટલી ઝડપથી યુરિયા પેદા થાય એટલી જ ઝડપથી તંદુરસ્ત કિડનીઓ એને બહાર ફેંકી શકે છે, અને લોહીમાં યુરિયાનું પ્રમાણ એકધારું જળવાય છે.

લોહીમાં યુરિયાના પ્રમાણ પરથી કિડનીની કુલ કામગીરી કેટલી બગડી છે તેનો જ ખ્યાલ આવે છે, શા કારણે બગડી છે તેની ખબર પડતી નથી. વળી કિડનીની કામગીરી લગભગ અર્ધા ભાગની બગડી હોય ત્યાં સુધી તો એ લોહીમાં યુરિયાનું પ્રમાણ સમધારણ રાખી શકે છે. ત્યારે એથીયે વધુ બગાડો

થાય ત્યારે જ લોહીમાં યુરિયા વધે છે. એટલે શરૂઆતનો બગાડ આ ટેસ્ટ માત્રથી કળી શકાતો નથી.

યુરેમિયા

જ્યારે લોહીમાં યુરિયાનું પ્રમાણ વધારેપડતું હોય ત્યારે એ સ્થિતિને 'યુરેમિયા' કહેવાય છે. પછી ભલે કિડની પોતે એનું કારણ હોય કે બીજા રોગને લીધે કિડનીની કામગીરી બગડી હોય. કિડની બરોબર હોય પણ એમાં પહોંચતા લોહીમાં ઘટાડો થવાને લીધે ફિલ્ટર થતા લોહીનું પ્રમાણ ઘટી જાય તોપણ લોહીનું યુરિયા જેટલી ઝડપથી પેદા થાય તેટલી ઝડપથી સાફ થતું નથી અને 'યુરેમિયા થાય છે. ઝાડા, ઊલટી, મરડો, કોલેરા, ઑપરેશન કે ઈજાને લીધે શરીરને લાગતો 'શૉક', સખત તાવ કે દવાઓને લીધે કિડનીને થતી ઈજા, ખોટું લોહી અપાઈ ગયું હોય કે શરીરમાંથી ક્યાંયથી પણ લોહી પડતું હોય વગેરેને કારણે લોહીનું પ્રમાણ ને લોહીનું દબાણ બંને ઓછાં થાય છે અને પરિણામે કિડનીનું ફિલ્ટર નબળું પડી જાય છે. પરિસ્થિતિ સુધરતાં કિડનીની કાર્યશક્તિ પાછી આવે છે અને યુરિયાનું તત્ત્વ સમધારણ થઈ જાય છે.

આ ઉપરાંત મૂત્રમાર્ગમાં પથરી, પ્રોસ્ટેટની ગાંઠ કે બીજા કારણે અટકાવ હોય તોપણ કિડની પર એના વધતા દબાણનો બોજો રહ્યા કરે છે. આને પરિણામે એની કાર્યશક્તિ ઘટે છે અને યુરેમિયા થાય છે.

આ સિવાય કિડનીના પોતાના તો ઘણાય રોગોમાં કાર્યશક્તિ અર્ધા પ્રમાણથી ઓછી થાય ત્યારે લોહીમાં

યુરિયા વધવા માંડે છે.

કિડનીનો બગાડો જો દવા કે ઑપરેશનથી સુધારી શકાય એવો હોય તો ઘણું વધી ગયેલું યુરિયાનું પ્રમાણ પણ પાછું સમધારણ થઈ શકે છે.

યુરિયા ઉપરાંત લોહીમાં ક્રિએટીનીનનું પ્રમાણ કે લોહી અને પેશાબના યુરિયાના પ્રમાણ સાથે તપાસીને કરવામાં આવતા 'યુરિયા કલીઅરન્સ' ટેસ્ટ પરથી પણ એની સરવાળે કામગીરીનો અમુક ખ્યાલ આવી શકે છે.

ખાસ જાતના એકસ રે—પાયલોગ્રાફી

કિડનીના રોગોના નિદાનમાં પેશાબ ને લોહીની તપાસ સાથે ઘણે ભાગે કિડનીની કામગીરી અને એની રચનાના ફેરફારો જોવા માટે ખાસ જાતના એકસ રે કાઢવા પડે છે. પેટના ભાગના સામાન્ય એકસ રેમાં કિડનીનું સ્થાન, એનું કદ કે એમાં પથરી છે કે નહીં તે જ માત્ર ખબર પડે છે. પથરીમાં રહેલા કેલ્શ્યમને લીધે એ સાદા એકસ રેમાં દેખાઈ શકે છે. પણ 'પાયલોગ્રાફી' નામના જાણીતા ખાસ એકસ રેથી કિડનીના ઘણા રોગોનું નિદાન સહેલાઈથી કરી શકાય છે. આ તપાસમાં લોહીની નસમાં આયોડીન તત્ત્વવાળી દવાનું એક ઇન્જેકશન આપવામાં આવે છે અને એ પછી એક, ત્રણ, પાંચ, દસ, પંદર, વીસ, ત્રીસ મિનિટ કે કલાક, બે કલાકને અંતરે કિડનીના એકસ રે ખેંચવામાં આવે છે.

આયોડીન તત્ત્વ લોહીમાંથી ખેંચીને, કિડની પેશાબમાં બહાર કાઢે છે. આ તત્ત્વ કેલ્શ્યમની જેમ

એકસ રેમાં દેખાતું હોવાથી કિડનીની કામગીરી અને આંતરિક રચના એકસ રેમાં બરાબર જોઈ શકાય છે. કિડનીના રોગો, જેવા કે જન્મજાત ખોડખાંપણો, ગાંઠો, ક્ષય કે બીજા ચેપ, કેન્સર, પથરી, મૂત્રમાર્ગમાં કંઈક અવરોધ વગેરે રોગ પારખવા આવા ફોટાઓ બહુ ઉપયોગી થાય છે.

ક્યારેક એક કિડની સાવ કામ જ ન કરતી હોય ત્યારે પાયલોગ્રાફીમાં એમ ખબર પડે કે એ કામ નથી કરતી, પણ શું કારણ છે કે એની રચનામાં શા ફેરફારો થયા છે તેની ખબર નથી પડતી. આવા કે બીજા સંજોગોમાં જ્યારે પાયલોગ્રાફી કિડનીનું સ્પષ્ટ ચિત્ર ન આપી શકે ત્યારે 'એસેન્ડિંગ પાયલોગ્રાફી' (Ascending Pyelography) નામનો ખાસ ટેસ્ટ કરવો પડે છે. આમાં મૂત્રનળી વાટે એક 'સિસ્ટોસ્કોપ' નામનું દૂરબીનની રચનાવાળું યંત્ર પસાર કરી, એને માટે એક ઝીણી નળી મૂત્રવાહિનીમાં દાખલ કરવામાં આવે છે. આ નળી છેક કિડની સુધી ધકેલી શકાય છે અને પછી એ વાટે એમાં આયોડીનવાળી દવાનું ઇન્જેકશન સીધું જ કિડનીમાં નાખવામાં આવે છે. આ ફોટામાં કિડનીની કામગીરીની જરૂર નથી પડતી એટલે એ વિષે ખાસ જાણી શકાતું નથી પણ એની આંતરિક રચના આ એકસ રેમાં વધુ સ્પષ્ટ દેખાય છે અને નિદાન પાકું થાય છે. મૂત્રમાર્ગમાં અવરોધ હોય ત્યારે કેટલી ઝડપથી કિડની આ દવા ખાલી કરે છે એનો અભ્યાસ કરવાથી અવરોધની માત્રા ખબર પડે છે.

નેફ્રાઇટિસ અને પાયલોનેફ્રાઇટિસ

કિડનીના રોગોમાં, આ રોગો વધારે સામાન્ય છે પણ આ બે વચ્ચેનો ભેદભાવ જો સ્પષ્ટ ન સમજાય તો કિડનીના રોગો વિશેના જ્ઞાનમાં ઘણો ગોટાળો રહી જાય છે.

નેફ્રાઇટિસ રોગોમાં કિડનીમાં માત્ર સોજો (*Inflammation*) હોય છે. જ્યારે પાયલોનેફ્રાઇટિસ રોગોમાં કિડનીમાં જીવાણુઓ (બેક્ટેરિયા) ને લીધે ચેપ લાગેલો હોય છે અને ઓછેવત્તે અંશે પરુ થતું હોય છે. નેફ્રાઇટિસ રોગોમાં કિડનીની કામગીરી ઝડપથી બગડી શકે છે. જ્યારે પાયલોનેફ્રાઇટિસ રોગો પર અસરકારક દવાઓ હોવાથી અને જીવાણુઓ સામે શરીરનું કુદરતી રક્ષણ મળતું હોવાને લીધે બગાડો જલદી કાબૂમાં આવે છે અને કિડનીની કામગીરી ઝડપથી બેકાબૂ બનતી નથી.

બે પ્રકારના નેફ્રાઇટિસ

નેફ્રાઇટિસના સામાન્ય રીતે બે પ્રકાર ગણવામાં આવે છે. પહેલા પ્રકારમાં બંને કિડનીની લોહીની ઝીણી નસોનાં ઝૂમખાંઓમાં સોજો આવે છે અને એ બાળપણ અને કૈામાર્યનો રોગ છે અને એને 'એક્યુટ નેફ્રાઇટિસ' કહે છે.

ઘણુંખરું તો 'સ્ટ્રેપ્ટોકોકાઈ' નામના જીવાણુઓને લીધે ગળામાં સોજો, કાકડા આવી ગયા પછી એકથી ત્રણ અઠવાડિયાં બાદ આ રોગ થાય છે. આ જીવાણુઓ સીધા ... ી પર હુમલો કરતા નથી પણ એમણે પેદા કરેલા ઝેર સામે કંઈક 'એલર્જી'ના સ્વરૂપે આ રોગ થાય છે. નેફ્રાઇટિસ

થાય ત્યારે ઘણી વાર, કાકડા આવી ગયેલાની વાત ભુલાઈ પણ ગઈ હોય છે.

આ રોગ એકાએક તાવથી શરૂ થાય છે અને મોં પર તરત સોજા ચડી જાય છે. પેશાબ ઓછો, ઘટ્ટ અને લોહીવાળો આવે છે. મોં પરના ફિક્કા સોજા પરથી આ રોગ તરત પારખી શકાય છે. જો દરદી ઊભો થાય તો પગ પર પણ સોજા દેખાય છે. ક્યારેક લોહીનું દબાણ થોડું વધી જાય છે.

પેશાબની તપાસમાં પ્રોટીન તત્ત્વ જતું દેખાય છે અને સૂક્ષ્મ તપાસમાં પ્રોટીનના પોપડાઓ અને લોહી અને કિડનીની સૂક્ષ્મ નળીઓના કણો વગેરે દેખાય છે.

મોટે ભાગે, એટલે લગભગ ૮૫ ટકા જેટલા કિસ્સાઓમાં, તો આ રોગમાંથી બાળકો સંપૂર્ણ સાજાં થઈ જાય છે. સખત માંદગી ત્રણચાર દિવસ ચાલે છે અને પછી સોજા ઘટવા માંડે છે અને પેશાબ સાફ આવવા માંડે છે. આમ બધું સારું થઈ ગયું હોય તોપણ ઘણી વાર પેશાબમાં આલ્બ્યુમિન તો થોડાં અઠવાડિયાં સુધી જતું હોય છે. એ ઓછું થતું જતું હોય તો ચિંતાનું કારણ રહેતું નથી.

અમુક કિસ્સાઓમાં પૂરું સારું થતું નથી અને દરદ હઠીલું થતું જાય છે. પેશાબમાં લોહીના કણો અને આલ્બ્યુમિન સારા પ્રમાણમાં ચાલુ રહે છે અને કોઈને આખા શરીરે સોજા ચડી આવે છે. જ્યારે અમુક કિસ્સામાં આમ બધું બરોબર થઈ ગયું લાગતું હોય છતાંયે આલ્બ્યુમિન પેશાબમાં પડયા જ કરે છે અને રોગ ક્રૉનિક

થઈ જતાં કિડનીનો બગાડો વધ્યે જ જાયે છે અને છેવટે લોહીનું દબાણ વધીને પછી કિડની કામ કરતી બંધ થવા માંડે છે.

એક્યુટ નેફ્રાઇટિસની સારવાર

આ રોગની સારવારમાં મુખ્ય તો રહ્યોસહ્યો જૂનો ગળાનો ચેપ દૂર કરવા માટે પાંચસાત દિવસ સુધી પેનિસિલિનનાં ઇંજેકશન આપવાં પડે છે. એ ઉપરાંત આરામ પણ એટલો જ અગત્યનો છે. પેશાબ ચોખ્ખો થાય, સોજા બધા ઊતરે અને પેશાબમાં આલ્બ્યુમીન જતું બંધ થાય ત્યાં સુધી આરામ લેવો જોઈએ. આ ગાળો બેથી ચાર અઠવાડિયાંનો થાય.

ખોરાકમાં પણ ખાસ ધ્યાન રાખવું જોઈએ. મીઠું બંધ કરી દેવું જોઈએ અને પ્રોટીન તત્ત્વ ઓછું હોય તેવા ખાંડ અને ચરબીવાળા જ પદાર્થો લેવા જોઈએ. પહેલા બેત્રણ દિવસમાં પાણીનું પ્રમાણ પણ પેદા થતા પેશાબને આધારે નક્કી કરવું જોઈએ.

સાવ સારું થઈ ગયા પછી સગવડે કાકડા ખરાબ હોય તો તે કઢાવી નાખવા જોઈએ.

નેફ્રાઇટિસનો બીજો પ્રકાર

આખા શરીરે સોજા આવે અને પેશાબમાં ખૂબ આલ્બ્યુમીન જાય એ આ બીજા પ્રકારનાં મુખ્ય ચિહ્નો છે. એ ગમે તે ઉંમરે થાય છે. એને ગળાના ચેપ સાથે કંઈ સંબંધ નથી. એની શરૂઆત ધીમે ધીમે થાય છે અને સોજા મહિનાઓ કે વર્ષો સુધી ચાલે છે.

પેશાબમાં લોહી પડતું નથી પણ આલ્બ્યુમીન પહેલા પ્રકાર કરતાં ઘણું વધારે હોય છે. આથી લોહીમાં આલ્બ્યુમીન બહુ ઓછું થાય છે. પાણીની વહેંચણી પ્રમાણસર રાખવામાં, લોહીનું આલ્બ્યુમિનનું પ્રમાણ મુખ્ય ભાગ ભજવે છે. તે ઓછું થતાં શરીરમાં બધે પાણી જમા થાય છે અને સોજા ચડે છે. આ પરિસ્થિતિને નેફ્રોટિક સિન્ડ્રોમ (*Nephrotic Syndrome*) પણ કહે છે.

એની સારવારમાં મુખ્ય બે વસ્તુઓ છે: 'કોર્ટિઝોન' જાતની દવાઓ – કિડનીમાંથી આલ્બ્યુમિનનો 'લીક' ઓછો કરવા માટે; અને ખોરાકમાં ખૂબ પ્રોટીન તત્ત્વો – લોહીનું આલ્બ્યુમીન તત્ત્વ મૂળ સ્થિતિમાં લાવવા માટે. આ ઉપરાંત સોજા ઘટાડવા માટે પેશાબ વધારનારી દવાઓ આપવામાં આવે છે અને ખોરાકમાં મીઠું ઓછું કરવામાં આવે છે. ક્યારેક શરીરમાં કંઈ ચેપની શંકા હોય તો તે દૂર કરવા એન્ટીબાયોટિક દવાઓ પણ અપાય છે.

આ ઉપરાંત વખતોવખત એક યા બીજાં ચિહ્નો માટે ઍલર્જી ઘટાડનારી દવાઓ, કેલ્શ્યમની ગોળીઓ, વિટામિનની ગોળીઓ વગેરે સાથે લોહી કે પ્લાઝમા પણ આપવામાં આવે છે.

ક્રૉનિક નેફ્રાઇટિસ

બંને પ્રકારના નેફ્રાઇટિસ જ્યારે મટે જ નહીં અને હઠીલા રોગ બની જાય ત્યારે ગંભીર પરિસ્થિતિ ઊભી થાય છે. એને ક્રૉનિક નેફ્રાઇટિસ કહે છે. ક્યારેક કોઈ પણ પ્રકારનો નેફ્રાઇટિસનો રોગ કે માલૂમ પડયા

વિના જ આસ્તે આસ્તે આગળ વધતો રોગ પહેલી વાર 'ક્રૉનિક નેફ્રાઇટિસ' તરીકે જ માલૂમ પડે છે. આમાં બન્ને કિડનીના મૂત્રાણુઓ (Nephron) નો ધીરે ધીરે નાશ થઈને ડાઘા (Scar) રહી જાય છે. પરિણામે કિડનીઓ સંકોચાઈને, સુકાઈને નાની અને નકામી થતી જાય છે. કિડનીઓ સુકાવાને કારણે લોહીનુ દબાણ વધી જાય છે અને એને લીધે કિડની પાછી વધારે બગડે છે. આમ એક વિષચક્ર ઊભું થાય છે. અંતે કિડનીઓ ખલાસ થતાં, યુરેમિયા થાય છે, અને શરીરનું આખું રસાયણતંત્ર ખોરવાઈ જાય છે. પેશાબ સાવ પાણી જેવો થાય છે, ક્યારેક તો વધારે પડતો પણ થાય છે પણ એમાં શરીરનાં ઝેર બહાર નીકળતાં નથી અને અંતે આખું શરીર કથળે છે. ભૂખ ન લાગે, એનીમિયા દેખાય, હાડકાં ગળી જાય, લોહીની ઊલટી થાય, અંતે બેભાન અવસ્થામાં કે યુરેમિયામાં કે લોહીના વધેલા દબાણને લીધે 'હેમરેજ' કે 'હાર્ટફેઇલ'થી મૃત્યુ થાય છે

આની સારવાર અસરકારક નથી. શરીર ટકાવવા માટે ઓછાં પ્રોટીન લેવા અને પાણી અને મીઠું લેવા માટે પરિસ્થિતિ પ્રમાણે સલાહ આપવામાં આવે છે. દરેક ચિહ્નની છૂટી છૂટી સારવાર કરીને, અને વિદેશોમાં 'આર્ટિફિશ્યલ કિડની' નામના યંત્રની મદદથી લોહી સાફ કર્યા કરીને થોડો વધુ વખત શરીર ટકાવી રાખવામાં આવે છે.

પાયલોનેફ્રાઇટિસ એટલે જીવાણુઓનો હુમલો

પાયલોનેફ્રાઇટિસ કે પહેલા 'પાઇલાઇટિસ' નામથી જાણીતા આ રોગમાં એક કે બંને કિડની પર અમુક

જીવાણુઓ (બેકટીરિયા) નો હુમલો કારણરૂપ છે. પોણા ભાગના કિસ્સામાં તો ઈ. કોલાઈ નામનાં જંતુઓ હોય છે.

આમાં મુખ્યત્વે ટાઢ વાઈને તાવ આવે છે અને પેશાબમાં બળતરા વગેરે થાય છે. એ ગમે તે ઉંમરે થાય છે અને ઘણા કિસ્સાઓમાં એક યા બીજા કારણે પેશાબના રસ્તામાં કયાંક પણ અવરોધ હોય એને કારણે પેશાબમાં ચેપ લાગી જતો હોય છે. બાળકોમાં મૂત્રમાર્ગની ખોડખાંપણો, સ્ત્રીઓમાં સુવાવડ અને મૂત્રનળીનો સોજો, યુવાનોમાં પથરી, વૃદ્ધાવસ્થામાં પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિની ગાંઠ વગેરે આના કારણરૂપ હોય છે.

પેશાબમાં પરુના કણ જોવાથી આનું નિદાન સહેલાઈથી થઈ શકે છે અને સારવારમાં મુખ્યત્વે તો જીવાણુઓને મારતી દવાઓ વાપરવામાં આવે છે. સલ્ફા, નાઈટ્રોફુરાન અને ઍન્ટીબાયોટિક દવાઓઆમાં મુખ્ય છે. સાથે સાથે પ્રવાહી વધુ લેવાથી પણ પેશાબનાં ચિહ્નો મોળાં પડે છે.

આ રોગની ખરેખર સારવાર કરવી જોઈએ. ખાસ કરીને સ્ત્રીઓને પેશાબની તકલીફ હોય ત્યારે આ ચિવટની વધુ જરૂર છે. જો વારંવાર તકલીફ થયા કરતી હોય તો વિગતવાર તપાસ કરીને એનું કારણ શોધવા પ્રયાસ કરવો જોઈએ. નહી તો રોગ જો 'ક્રૉનિક' થઈ જાય તો બહુ મુશ્કેલ પરિસ્થિતિ થવા સંભવ છે.

ક્રૉનિક પાયલોનેફ્રાઇટિસ — એક ખરાબ રોગ

આ રોગ 'ઍક્યુટ' રોગોની બેદરકારીભરી સારવાર ને તપાસને કારણે લગભગ થતો હોય છે.' પેશાબનો

અવરોધ ક્યાંક હોય, ખાસ કરીને સ્ત્રીઓમાં વારંવાર સુવાવડને લીધે મૂત્રનળીનો સોજો હોય કે ગર્ભાશયનો ચેપ મૂત્રમાર્ગમાં ફેલાયા કરતો હોય તો, એ કારણે કિડનીમાં હઠીલો ચેપ રહ્યા કરે છે.

જૂના ચેપને લીધે આમાં પણ કિડનીઓ સડવા માંડે છે અને અંતે સુકાઈને કામ વિનાની થતાં યુરેમિયા, લોહીનું વધુ દબાણ, ઍનીમિયા વગેરે થતાં તંદુરસ્તી કથળે છે. પેશાબમાં વારંવાર પરુના કણો દેખાયા કરતા હોય, તબિયત કથળેલી રહેતી હોય એવી સ્ત્રીઓને સમયસર આ રોગ ધ્યાનમાં રાખીને તપાસવી જોઈએ. જો 'ક્રૉનિક' રોગ માલૂમ પડે તો જીવાણુનાશક દવાઓ લાંબો સમય આપીને ચેપને હઠાવવો જોઈએ. જો મૂત્રમાર્ગમાં ક્યાંય અવરોધ માલૂમ પડે તો ઑપરેશન કરીને એ અવરોધ દૂર કરવો જોઈએ.

બેદરકારીભર્યું વલણ રાખવાથી આ રોગને લીધે સંખ્યાબંધ જિંદગીઓ આપણે ગુમાવીએ છીએ.

જન્મજાત ખોડખાંપણો

હાથપગની ખોડખાંપણોની જેમ કિડનીની ખોડખાંપણો સારા પ્રમાણમાં જોવા મળે છે.

એક જ કિડની હોય અને બીજી સાવ ન હોય ...ના તો બહુ જ અવિકસિત હોય એવું દર હજારે, બે માણસોમાં જોવા મળે છે. અવિકસિત કિડનીને લીધે લોહીનું

દબાણ વધ્યું હોય એવું પણ બને છે.

કોઈ એક કિડનીના બે ભાગ પડી ગયા હોય અને જુદી જુદી મૂત્રવાહિની હોય, કે બંને બાજુની કિડનીઓ નીચેના છેડેથી જોડાયેલી હોય (Horse Shoe kidneys) કે બંને કિડનીઓ એક બાજુએ જ છૂટી અથવા જોડાયેલી હોય, એમાંથી એક કિડની એની મૂળ જગાથી ઘણી નીચી હોય – ખોડખાંપણોમાં આ બધી સામાન્ય છે. ખોડખાંપણોવાળી કિડનીઓમાં ચેપ, પથરી, ગાંઠો વગેરે પ્રમાણમાં વધારે થાય છે.

હાઈડ્રોનેફ્રોસિસ

બીજી એક જાણીતી ખોડ એ છે કે એમાં કિડનીના નાળચામાંથી મૂત્રવાહિની શરૂ થતી હોય તે જગાએ જ નાકું સાંકડું હોય છે. આને પરિણામે કિડનીનું નાળચું અને એની શાખાઓ ફૂલવા લાગે છે. કિડનીના સૂક્ષ્મ મૂત્રાણુઓ પર આનો બોજો પડે છે. આ સ્થિતિને 'હાઈડ્રોનેફ્રોસિસ' કહે છે. બોજાને લીધે કિડનીના મૂત્રાણુઓ નાશ પામવા માંડે છે અને કામગીરી કથળે છે.

પથરી કે ગાંઠ કે મૂત્રમાર્ગના બીજા કોઈ પણ અવરોધમાં પણ કયારેક આવી સ્થિતિ થાય છે. હાઈડ્રોનેફ્રોસિસ જ્યારે જોવા મળે ત્યારે એના કારણની તાત્કાલિક સારવાર કરવી જોઈએ. ઘણુંખરું તો ઑપરેશન કરવું જ પડે છે. મૂત્રવાહિનીનું નાકું સાંકડું હોય તો તે ઑપરેશનથી સુધારીને કિડની બચાવી શકાય છે.

પથરી

કિડનીનો આ એક સામાન્ય રોગ છે. આ વિશે એક જુદી જ પરિચય પુસ્તિકા લખાયેલી છે, એટલે અહીં ચર્ચા કરવાની જરૂર નથી.

કિડનીનો ક્ષય

ફેફસાં કે હાડકાંની જેમ કિડનીમાં પણ ક્ષય રોગ થઈ શકે છે. એટલું જ કે બીજે કયાંય ક્ષય હોય તો જ તે કિડનીમાં ફેલાય છે. એકલી કિડનીમાં જ ક્ષય હોય તેવું બનતું નથી. ઘણી વાર ક્ષય રોગનું મૂળ જડતું નથી અને માત્ર કિડનીમાં જ હોય તેમ લાગે એવું બને છે ખરું.

આનું મુખ્ય અને પહેલું ચિહ્‌ન એ છે કે દિવસરાત વારંવાર પેશાબ કરવા જવું પડે છે. એ સાથે પેશાબમાં લોહી, બળતરા કે કમરનો દુખાવો અને સામાન્ય નબળી તબિયત પણ જોવા મળે છે. યુવાન વયમાં આ રોગ વધારે થાય છે.

ક્ષયનું નિદાન ને સારવાર

પેશાબ 'એસિડ' આવતો હોય છે અને એમાં પરુના કણો હોય છે. સામાન્ય 'કલ્ચર' કરવામાં આવે તો એમાં જંતુઓ ઊગતા નથી, પણ ક્ષય માટેનું ખાસ કલ્ચર કરીને, જંતુઓ ઊગાડીને નિદાન પાકું કરી શકાય છે. કયારેક, 'ગિનીપિગ' નામના ઉંદર જેવા પ્રાણીમાં પેશાબનું ઈંજેક્શન મારીને એને ક્ષય થાય છે કે નહીં એવા અખતરાનો પણ નિદાન માટે ઉપયોગ કરવો પડે છે. 'પાયલોગ્રાફી'નો સહારો પણ ઘણી વાર લેવો પડે છે.

સારવાર તો બીજા કોઈ પણ ક્ષયની જેમ જ કરવાની હોય છે. મુખ્યત્વે 'સ્ટ્રેપ્ટોમાઈસિન 'આઈ. એન. એ. એચ,' 'પાસ' કે 'થાયેસીટેઝોન' નામની દવાઓ, ઉપરાંત સામાન્ય ટોનિક દવાઓ વપરાય છે.

કિડનીની ગાંઠો

કેન્સર સિવાયની ગાંઠો પણ કિડનીમાં થાય છે. ઘણીખરી તો પ્રવાહી ગાંઠો હોય છે. એને સિસ્ટ (cyst) કહેવામાં આવે છે.

આવું એકાદું સિસ્ટ પણ હોય કે આખી કિડની આવી ગાંઠોની જ બનેલી હોય. સિસ્ટથી ભરપૂર કિડનીને પોલીસિસ્ટિક કિડની કહે છે અને આવી કિડની બંને બાજુએ હોય છે. આના કારણમાં કિડનીની રચના વખતે જ રહી ગયેલી ખોડખાંપણો મનાય છે. આને પરિણામે કિડનીની અંદર પાર વિનાના પાણીના પરપોટાઓ પેદા થાય છે. આવી કિડનીની કામગીરી બરાબર નથી હોતી.

આવી ગાંઠોમાં દુખાવો થતો હોય, લોહી પડતું હોય કે કેન્સરની શંકા હોય ત્યારે ઑપરેશન કરવું પડે છે.

કેન્સર બાળકોનું અને મોટાઓનું

બીજા કેન્સરના પ્રમાણમાં કિડનીનું કેન્સર ઓછું જોવા મળે છે. કેન્સરના લગભગ સો કિસ્સાઓમાં બે કેન્સર કિડનીનાં હોય છે.

કિડનીના કેન્સરના ત્રણ પ્રકાર છે. એક પ્રકાર નાનાં બાળકોમાં, જન્મથી માંડીને ચાર વર્ષ સુધીની ઉંમરમાં

થાય છે. આની ગાંઠ બાળકના કદના પ્રમાણમાં મોટી હોવાથી, પેટ જોતાં કે તપાસતાં ગાંઠ હોય તેવું તરત માલૂમ પડી આવે છે. ઘણે ભાગે પેશાબમાં લોહી પણ પડે છે. સાદી તપાસ અને 'પાયલોગ્રાફી'થી એનું નિદાન સહેલાઈથી થઈ શકે છે.

આ કૅન્સર માટે તાત્કાલિક કિડની કાઢી નાખવી પડે છે. એ પછી એક્સ રે ટ્રીટમૅન્ટ કે બીજી દવાઓ કૅન્સરના ફેલાયેલા કોષોને મારવા માટે વપરાય છે. પ્રમાણમાં આ કૅન્સર વધારે ગંભીર ગણાય છે.

મોટાઓનું કૅન્સર બે જાતનું હોય છે. વધારે થતું કૅન્સર કિડનીનું પોતાનું છે અને બીજું કૅન્સર ક્યારેક કિડનીના નાળચામાં થાય છે.

કિડનીનું કૅન્સર લગભગ પચાસથી એંસીની ઉંમર સુધીમાં વધારે જોવા મળે છે. પચાસથી ઓછી ઉંમરે ઓછા પ્રમાણમાં પણ થાય છે ખરું.

આના મુખ્ય ચિહ્નમાં લગભગ પોણા ભાગના કિસ્સામાં પેશાબમાં લોહી પડે છે. એ સિવાય દુખાવો, ગાંઠ માલૂમ પડવી, ઝીણો તાવ રહેવો, કે કૅન્સર ફેફસામાં કે હાડકામાં ફેલાઈને ત્યાં દુખાવો કે ફ્રેક્ચર પેદા કરે—એવાં પણ ચિહ્નો જોવા મળે છે.

એનું નિદાન 'પાયલોગ્રાફી'થી પાકું થાય છે અને ઑપરેશન કરીને કિડની કાઢી નાખવી એ જ એક એની

સારવાર છે. એક્સ રે ટ્રીટમેન્ટની આ કેન્સર પર ખાસ અસર થતી નથી.

સમયસર પકડાયું હોય, અને ઓપરેશન સફળ થાય તો લગભગ ત્રીજા ભાગના દર્દીઓ પાંચ વર્ષ અને છઠ્ઠા ભાગના દર્દીઓ દસ વર્ષ જીવે કે સંપૂર્ણ સારા થાય છે.

નાળચાના કેન્સરમાં લગભગ બધા કિસ્સામાં પેશાબમાં લોહી પડે છે. આ સિવાય એની વર્તણૂક કિડનીના કેન્સર જેવી જ છે.

કિડની અને લોહીનું દબાણ

સામાન્ય સંજોગોમાં કિડની, લોહીના દબાણના નિયમનમાં કંઈ ભાગ ભજવતી નથી. પણ કિડનીમાં કોઈ પણ રોગને લીધે જો લોહી ફરતું ઓછું થાય તો આવી કિડનીમાં એક એવો પદાર્થ પેદા થાય છે જેની અસર આખા શરીરની લોહીની નસો ઉપર થાય છે. આ નસો સંકોચાવાથી શરીરમાં લોહીનું દબાણ ઘણું વધી જાય છે.

જેને વારસાગત લોહીનું દબાણ ન હોય તેવા અને બીજા યુવાન વયના, લોહીનું દબાણ વધેલા દર્દીઓમાં કિડનીની ખાસ તપાસ કરવી જોઈએ. આવા રોગોમાં ઘણા કિસ્સાઓમાં માત્ર વધેલા લોહીના દબાણ સિવાય બીજાં કોઈ ચિહ્નો હોતાં નથી અને વિગતવાર તપાસથી લોહીના દબાણનું કારણ કિડનીમાં છે એમ ખબર પડે છે.

કિડનીની તપાસમાં સામાન્ય પાયલોગ્રાફી ઉપરાંત લોહીની ધોરી નસોમાં, સાથળમાંથી કે કમરમાંથી, આયોડીનવાળી દવાનું ઈંજેકશન આપી 'એઓર્ટોગ્રાફી' કે 'રીનલ

એંજીઓગ્રાફી' નામથી ઓળખાતા એકસ રે લેવામાં આવે છે. આમાં કિડનીની લોહીની નસો અને એની કામગીરી સ્પષ્ટ દેખાય છે. એથી એની નસો ગંઠાયેલી, સંકોચાયેલી કે ખુરાયેલી હોય અને લોહીનું ભ્રમણ ઓછું થયું હોય તો ખબર પડી જાય છે. નસમાં 'રેડિયો ઍક્ટિવ' પદાર્થોનાં ઇંજેક્શન આપીને એનું કેટલું પ્રમાણ કિડનીમાં ફરે છે તે ખાસ યંત્રો દ્વારા માપીને પણ કિડનીના લોહીના ભ્રમણ વિશે ખ્યાલ મેળવી શકાય છે.

ક્યારેક કમરમાંથી જાડી સોય નાખીને એના વડે કિડનીનો ઝીણો ટુકડો ખેંચી કાઢીને (Renal Biopsy) એની તપાસ કરવાથી કિડનીમાં શું ફેરફાર થયા છે તે તપાસીને પણ ઉપયોગી માહિતી મેળવી શકાય છે.

લોહીની નસો સુધારીને, એમાં નવી નસનો ગ્રાફ્ટ મૂકીને, કિડનીનો રોગ સુધારીને કે એનો ટુકડો કે આખી કિડની કાઢી નાખીને લોહીનું દબાણ પાછું મૂળ સ્થિતિમાં લાવી શકાય છે.

આર્ટિફિશ્યલ કિડની

હજુ થોડાંક વર્ષો પહેલાં જ કિડની કામ કરતી બંધ પડી જાય એ મોત સમું ગણાતું. શરીરમાં લોહીનું ભ્રમણ ઝડપથી મંદ થાય એવી સ્થિતિઓ – ઑપરેશનો, લોહી પડવું, દાઝવું, સખત ઈજા થવી, અકસ્માતે વધુ પડતી દવા કે ઝેર પીવું, સુવાવડ પછી ગર્ભાશયમાં પાક થવો કે કોઈ પણ પ્રકારનો તાવ સખત આવવો કે સખત ઝાડા-ઊલટી થવાં – માં કિડનીઓ ફૂટ દઈને કામ કરતી બંધ પડી

જતી, અને મૃત્યુ નીપજતું.

આ ઊંઘમાં પડી ગયેલી કિડનીને ફરી જગાડવા ગમે તેટલા પ્રયત્નો ડાક્ટરો કરતા પણ કારી ફાવતી નહીં. છેવટે બીજા વિશ્વયુદ્ધમાં 'આર્ટિફિશ્યલ કિડની' નામના યંત્રની શોધ થઈ. આ યંત્રમાં સેલોફેનની ઝીણી નળીઓમાંથી દર્દીનું લોહી પસાર કરવામાં આવે છે. આ નળીઓની જાળીને એક ખાસ જાતના પ્રવાહીમાં ડુબાડવામાં આવે છે. આ નળીઓમાંથી લોહી બહાર નીકળી શકતું નથી પણ એની અંદર રહેલાં રસાયણો અને ઝેરો પાણીના 'બાથ'માં ભળી જાય છે અને લોહીને સાફ કરે છે. સાફ થયેલું લોહી નળીઓના બીજા છેડેથી પાછું શરીરમાં દાખલ કરી દેવામાં આવે છે. ટૂંકમાં લોહી બધું બહાર કાઢી, સાફ કરીને પાછું શરીરમાં ભરવામાં આવે છે.

આમ દર્દીને, ફરી કિડની ચાલુ થાય ત્યાં સુધી જવાડવામાં આવે છે. એ ગાળામાં મૂળ રોગની પણ સારવાર કરવાનો સમય મળે છે અને લોહીનું ભ્રમણ સુધરતાં પાછી કિડનીઓ કામ કરતી થાય છે. આ યંત્ર ન હતું ત્યારે કિડની પાછી કામ કરતી થાય એ પહેલાં જ શરીરમાં થયેલા ઝેરી પદાર્થોની અસરથી મૃત્યુ નીપજતું."

આ યંત્રનો હવે તો ઘણો વિકાસ થયો છે અને દર્દી ઘેર લઈ જઈને જાતે વાપરી શકે અને એને પરવડી શકે એવું યંત્ર પણ અમેરિકામાં બનાવાયું છે.

કિડની ગ્રાફ્ટ–નવી ચોંટાડેલી કિડની

બંને કિડની સાવ નકામી થઈ ગઈ હોય અને

સુધરી જ ન શકે એવી હોય ત્યારે શું કરવું એ સમસ્યાએ ડૉક્ટરોને વર્ષો સુધી મૂંઝવ્યા. છેવટે બીજા કોઈ માણસની સારી કિડની કાઢીને એને દર્દીના શરીરમાં ગોઠવવાના અખતરા થયા, પણ કમનસીબે આ નવી ચોંટાડેલી કિડની દર્દીના શરીરમાં ટકી શકી નહી. આ પરાયા અવયવ પર લોહીના કોપોનો હલ્લો થતો અને એનો નાશ થઈ જતો. ૧૯૫૪માં બૉસ્ટનની એક હૉસ્પિટલમાં એક ત્રેવીસ વર્ષના ખલાસીની બંને કિડનીઓ નકામી થઈ ગઈ હોવાથી, એના જોડિયા ભાઈની એક કિડની કાઢીને, એ ખલાસીના શરીરમાં ગોઠવવામાં આવી. આ કિડની નવા દેહમાં ટકી. પણ એ તો જોડિયો ભાઈ હતો એટલે એના સ્નાયુઓને આ ખલાસીના લોહીના કોષો પરાયા તરીકે પારખી ન શક્યા.

પણ સૌને જોડિયા ભાઈ ક્યાંથી હોય? એટલે આવી સફળતાઓ પછી પણ હજુ પ્રશ્ન તો એટલો જ વિકટ છે. હજુ એ પ્રયોગની સ્થિતિમાં જ છે. તાજા મરેલા અથવા જીવતા દાતાઓની કિડની કાઢીને દર્દીના શરીરમાં દાખલ કરીને, એને ટકાવવા માટે જાતજાતના પ્રયોગો ચાલે છે. પરાયા સ્નાયુઓને ફેંકી દેવાનો શરીરના કોપોનો જે ગુણ (આ ઑપરેશન માટે અવગુણ) છે એને કાબૂમાં લેવા માટે દવાઓ, એક્સ રે વગેરેના ઉપયોગના અખતરા ચાલુ જ છે છતાંયે હજુ ગ્રાફ્ટ કરેલી કિડની ટકાવી રાખવાની સચોટ રીત જાણવા મળી નથી. પ્રયત્નો ચાલુ જ છે અને સફળતાની આશા ઘણી છે. આ ઑપરેશનો સફળ થશે ત્યારે એક નવો યુગ શરૂ થશે.

નવમા વર્ષમાં પ્રગટ થનારી પુસ્તિકાઓ

* ગુજરાતના ભીલ	ચન્દ્રવદન શુક્લ
* નર્મદા યોજના	શંકર ત્રાસગાવાલા
* પ્રેમાનંદનાં આખ્યાનો	અમૃતલાલ યાજ્ઞિક
* દશાંશ પદ્ધતિ શા માટે ?	પ્ર. ચુ. વૈદ્ય
* બંધારણના માર્ગદર્શક સિદ્ધાંતો	નગીનદાસ સંઘવી
* રેડિયો કેવી રીતે કામ કરે છે ?	નાનાલાલ વસા
* વિદેશનીતિના પાયા	પ્રદીપ શાહ
* ચીનની સાંસ્કૃતિક ક્રાંતિ	મહેન્દ્ર વા. દેસાઈ
* ઝાડપાનનું જીવન	રજનીકાન્ત મોદી
* ઇઝરાયલ	હર્ષિદા પંડિત
* ભારતીય સંગીત	અમુભાઈ દોશી
* પ્રાર્થના સમાજ	ગટુભાઈ ધ્રુ
* દયારામ	હરીન્દ્ર દવે
* ગુજરાતનાં વન્ય પ્રાણીઓ	શૈલેન્દ્ર સિંહા
* ધરતીકંપ	વિજયગુપ્ત મૌર્ય
* કિડનીના રોગો	ડૉ. ભાનુ ર. શાહ
થોરોની વિચારસૃષ્ટિ	ગગનવિહારી મહેતા
નીરોગીનો આહાર	ડૉ. વા. એન. જર્ડ
લોકશાહી સમાજવાદ	રોહિત દવે
ચેખોવ	ચુનીલાલ મડિયા
બાળલકવો	ડૉ. એસ. જે. કુબાણી
ભારતની વિદેશનીતિ	રવિશંકર વિ. મહેતા
કુટુંબનિયોજન	ડૉ. કે. ટી. શાહ
બર્નાર્ડ શૉ	ઉમેદભાઈ મણિયાર

* ફૂદડીવાળી પુસ્તિકાઓ પ્રગટ થઈ ગઈ છે

દર મહિને બે પુસ્તિકા પ્રગટ થાય છે. એક પુસ્તિકાની છૂટક કિંમત પચાસ પૈસા. વાર્ષિક લવાજમ દસ રૂપિયા (પરદેશમાં વીસ શિલિંગ).

પરિચય ટ્રસ્ટ, બોમ્બે મ્યુચ્યુઅલ ચેમ્બર્સ, ચોથે માળે,
૧૯/૨૧ હમામ સ્ટ્રીટ, મુંબઈ–૧. ટે. નં. ૨૫૪૦૫૯

ડૉ. ભાનુ ૨. શાહ



ભાનુકુમાર રતિલાલ શાહનો જન્મ ૧લી જુલાઈ ૧૯૩૧ના દિવસે સૌરાષ્ટ્રમાં આવેલા લખતર ગામે થયો હતો. માધ્યમિક શાળાની કેળવણી સૌરાષ્ટ્રનાં જુદાં જુદાં ગામોમાં લઈ, છટ્ટી અંગ્રેજીથી એમ. બી. બી. એસ. સુધીનો અભ્યાસ તેમણે અમદાવાદમાં કર્યો.

૧૯૫૬માં એમ. બી. બી. એસ. થઈ થોડા વખતમાં જ તેઓ ઇંગ્લૅન્ડ ગયા. ૧૯૬૦માં ડૉ. શાહે લંડનમાં એફ. આર. સી. એસ.ની ડિગ્રી મેળવી. સાડા છ વર્ષ સુધી ઇંગ્લૅન્ડની જુદી જુદી હૉસ્પિટલોમાં કામ કરી સર્જરીની જુદી જુદી શાખાઓનો અનુભવ લઈ, જેનીટોયુરીનરી સર્જરી (પેશાબ અને જનનેન્દ્રિયના રોગો માટેની શસ્ત્રક્રિયા) ના નિષ્ણાત બની તેઓ પાછા ફર્યા.

એમણે વધરાવળ (હાઈડ્રોસીલ) પર સંશોધન કરીને તેના ઉપચાર માટે એક નવું ઑપરેશન યોજ્યું છે. ઇંગ્લૅન્ડના વિખ્યાત મેડિકલ જર્નલ 'લૅન્સેટ'માં એ વિષેનો એમનો લેખ છપાયો હતો. અત્યારે તેઓ મુંબઈમાં કન્સલટિંગ પ્રૅકટિસ કરે છે, અને ભાટિયા જનરલ હૉસ્પિટલ તેમ જ બૉમ્બે હૉસ્પિટલમાં ઑનરરી સર્જન તરીકે કામ કરે છે.

કૉલેજના અભ્યાસ દરમિયાન ઘણી વાર્તાઓ અને એકાંકી નાટકો એમણે પ્રગટ કરેલાં અને ઑલ ઇન્ડિયા રેડિયોનાં સંખ્યાબંધ નાટકોમાં ભાગ લીધેલો. એમણે 'ઑપરેશનનો ડર નકામો છે,' 'પથરી', 'વંધ્યત્વની સમસ્યા', અને 'પ્રોસ્ટેટની વ્યાધિ' નામની પરિચય પુસ્તિકાઓ લખી છે. એમણે ઇંગ્લૅન્ડના વસવાટ દરમિયાન પશ્ચિમ યુરોપનો પ્રવાસ કર્યો હતો. સાહિત્ય - સર્જરી એ બે એમના મુખ્ય શોખ છે.

૧૯૫૪માં તેમણે લતા શાહ સાથે લગ્ન કર્યું. એમને બે સંતાનો છે: [illegible] અને શેફાલી.

બાળલકવો

ડૉ. એસ. જે. કુંભાણી

પરિચય પુસ્તિકા પ્રવૃત્તિ–૨૧૩

પરિચય પુસ્તિકા પ્રવૃત્તિ

સંપાદક: વાડીલાલ ડગલી

આ પ્રવૃત્તિ આઠ વર્ષથી ચાલી રહી છે. આજની દુનિયામાં રસ ધરાવતાં અને આપણી આસપાસ જે બની રહ્યું છે તે સમજવા ઇચ્છતાં વાચકોને જરૂરી વાચન પૂરું પાડવું એ આ પ્રવૃત્તિનો હેતુ છે. વિજ્ઞાન, સાહિત્ય, રાજકારણ, અર્થશાસ્ત્ર, સમાજશાસ્ત્ર, માનસશાસ્ત્ર, વેપારઉદ્યોગ, શિક્ષણ, સંસ્કૃતિ, આરોગ્ય, રમતગમત વગેરે ક્ષેત્રોના ખાસ જાણકારો પાસે એમના વિષયોની પુસ્તિકાઓ લખાવવામાં આવે છે.

દર મહિને બત્રીસ–બત્રીસ પાનાંની બે પુસ્તિકાઓ
પ્રગટ થાય છે.

છૂટક કિંમત ૫૦ પૈસા
વાર્ષિક લવાજમ ૧૦ રૂપિયા, પરદેશમાં ૨૦ શિલિંગ
વર્ષ જાન્યુઆરીથી ગણાય છે.

ગ્રંથ

તંત્રી: યશવંત દોશી

'ગ્રંથ' એટલે પુસ્તકોની દુનિયામાં ડોકિયું

પરિચય ટ્રસ્ટ તરફથી પ્રગટ થતું આ માસિક ગુજરાતીમાં પ્રગટ થતાં પુસ્તકોનાં અવલોકનો તો આપે જ છે પણ તે ઉપરાંત અંગ્રેજી, હિન્દી અને અન્ય ભારતીય ભાષાઓમાં પ્રગટ થતાં મહત્ત્વનાં પુસ્તકોનો પણ પરિચય આપે છે

આટલા ઓછા ખર્ચે આટલી બધી ભાષાઓનાં આટલાં બધાં પુસ્તકોની માહિતી બીજે ક્યાંય નહિ મળે.

વાર્ષિક લવાજમ ૧૦ રૂપિયા, પરદેશમાં ૨૦ શિલિંગ

પરિચય ટ્રસ્ટ, ૧૯/૨૧, હમામ સ્ટ્રીટ, મુંબઈ–૧
ટેલિફોન ૨૫૪૦૫૯

પરિચય પુસ્તિકા પ્રવૃત્તિ – ૨૧૩

બાળલકવો

ડૉ. એસ. જે. કુંભાણી



પરિચય ટ્રસ્ટ

સંપાદક : વાડીલાલ ડગલી

પ્રકાશક
યશવંત દોશી
પરિચય ટ્રસ્ટ
બૉમ્બે મ્યુચ્યુઅલ ચેમ્બર્સ,
૧૯/૨૧, હમામ સ્ટ્રીટ, મુંબઈ-૧

મુદ્રક
ધીરૂભાઈ ઝીણાભાઈ દેસાઈ
સ્ટેટ્સ પીપલ પ્રેસ,
જન્મભૂમિ ભવન,
કોટ, મુંબઈ-૧

પહેલી આવૃત્તિ

૫૦ પૈસા   નવેમ્બર ૧૯૬૭

કવર ડિઝાઈન : પી. એન. ઓઝે

બાળલકવો

બાળલકવાનું નામ સાંભળીને સામાન્ય માણસને કમકમાટી ઊપજે છે, અને કોઈ અપંગ થયેલ નિરાધાર બાળકનું દૃશ્ય નજર સામે તરવરે છે. પરંતુ ખરેખર તો આધુનિક ઉપચારોને લીધે હવે એટલી બધી નિરાશા અનુભવવાની જરૂર રહી નથી. લકવા થયેલ અંગ ઉપર ઑપરેશનો કરીને કે જાતજાતનાં સાધનોની મદદ વડે બાળકને સમાજને ઉપયોગી થાય તેવો નાગરિક બનાવી શકાય છે. આવી સફળ સારવારનો અદ્ભુત દાખલો અમેરિકાના ભૂતપૂર્વ પ્રમુખ રૂઝવેલ્ટનો છે. તેમને બાળલકવો થયેલો અને તેમાંથી બચીને તેમણે શારીરિક ખોડ સાથે પણ એક મહાન રાષ્ટ્રનું સુકાન સફળતાપૂર્વક સંભાળ્યું હતું અને જગતના એક મહાપુરુષ તરીકેની નામના મેળવી હતી.

પોલિયો

બાળલકવો અથવા ઇન્ફન્ટાઇલ પેરેલિસિસ બાળકને જ થાય તેવું નથી. હા, સોમાંથી નવ્વાણુ દર્દીઓ પંદર વર્ષથી ઓછી ઉંમરનાં હોય છે એ ખરું. પણ કયારેક આ રોગ મોટી ઉંમરની વ્યક્તિ પર પણ હુમલો કરે છે. આ રોગ પોલિયોમાઇલાઇટિસ કે ટૂંકામાં પોલિયો નામે પણ ઓળખાય છે.

બાળલકવો કે પોલિયો સદીઓજૂનો રોગ છે. વેદમાં પણ તેનો નિર્દેશ આવે છે અને સુશ્રુતે પણ તેનું વર્ણન કરેલું છે. ઈજિપ્તનાં પિરામિડોમાં પણ આ રોગથી અપંગ

થયેલી વ્યક્તિઓનાં ચિત્રો છે.

રોગનું કારણ 'વાઇરસ'

વૈજ્ઞાનિક દૃષ્ટિએ આ રોગનું વર્ણન કરનાર હતો એક ફ્રેન્ચ ડૉક્ટર – ડૉ. વૉન હાઈન. તેણે ઈ. સ. ૧૮૪૦માં તે રોગનો અભ્યાસ કરીને તેનું વિગતવાર વર્ણન કર્યું હતું. પરંતુ આ રોગની સંપૂર્ણ સમજ તો છેલ્લાં વીસ વર્ષમાં જ સાંપડી છે. આ રોગ માટે કારણભૂત સૂક્ષ્મ જંતુઓ (વાઇરસ) વિષે હવે આપણે વધુ જાણીએ છીએ. આ વાઇરસનું સંશોધન કરનાર વૈજ્ઞાનિકોમાં ડૉ. સૉલ્ક અને ડૉ. સબિનનું નામ મોખરે છે. વર્ષોના સંશોધન પછી તેઓ આ વાઇરસને કૃત્રિમ રીતે પ્રયોગશાળામાં ઉછેરી શક્યા છે અને તેમાંથી તે રોગ સામેની રસી (વૅક્સિન) બનાવવામાં સફળ થયા છે.

આ સદીની શરૂઆતમાં યુરોપ તથા અમેરિકામાં પોલિયો ઘણો ભયંકર રોગચાળા રૂપે ફેલાયેલો. વીસથી ત્રીસ ટકા દર્દીઓ માટે તે પ્રાણઘાતક નીવડેલો. તે વખતે એમ માનવામાં આવેલું કે આ રોગ સમૃદ્ધ તથા સાધન-સંપત્તિવાળા દેશોનો રોગ છે. એમ માનવાનું કારણ એ કે જ્યારે ડેન્માર્ક, ઇંગ્લંડ, જર્મની તથા ફ્રાન્સમાં હજારો માનવીઓ પોલિયોમાં સપડાયેલા ત્યારે બાજુના પછાત ગણી શકાય તેવા દેશો સ્પેન અને ઇટલીમાં આ રોગચાળો બિલકુલ ન હતો. હવે તો આ માન્યતા ખોટી પડી છે કારણ કે અત્યારે તો આ બાળલકવો વિશ્વવ્યાપી રોગ છે. અમેરિકા અને રશિયા તથા યુરોપના બીજા અમુક દેશોમાં

પોલિયોની રસી કરોડો બાળકોને આપવામાં આવી છે. ત્યાં આ રોગનું અસ્તિત્વ નહિ જેવું જ રહ્યું છે.

ઇલેક્ટ્રોન માઇક્રોસ્કોપથી ખબર પડી

બાળલકવો થવાનું કારણ વાઇરસનો લાગતો ચેપ છે. આ જંતુઓ એટલાં બધાં સૂક્ષ્મ છે કે તેને ચાલુ વપરાશનાં સૂક્ષ્મદર્શક યંત્રોથી જોઈ શકાતાં નથી. તેથી જ્યારે વીજાણુ સૂક્ષ્મદર્શક યંત્ર (ઇલેક્ટ્રોન માઇક્રોસ્કોપ)ની શોધ થઈ ત્યારે જ આ જંતુઓ પારખી શકાયાં અને તેનો અભ્યાસ કરી શકાયો. વીજાણુ સૂક્ષ્મદર્શક યંત્રમાં કોઈ પણ વસ્તુ ૫૦૦થી ૧૦૦૦ ગણી મોટી દેખાય છે. એમાં જોઈએ ત્યારે આ વાઇરસ ટાંકણીના માથા જેવડાં માંડ દેખાય છે.

આ જંતુઓની ઘણી જાતો છે. બાળલકવા માટે તેમાંથી ત્રણ-ચાર જાતનાં જ જંતુઓ જવાબદાર છે. શીતળા, અછબડા, ઓરી વગેરે દર્દો પણ વાઇરસ જ્ઞાતિનાં બીજાં જંતુઓને લીધે થાય છે. પણ તે દર્દો ઘણાં વ્યાપક હોવા છતાં લકવા જેટલા જોખમકારક નથી. બાળલકવો દર્દીને જીવનભર પરવશ અને અપંગ બનાવી શકે છે. હવે આ રોગ થતો અટકાવવાની રસી શોધાઈ છે અને આપણી પાસે આ રોગ સામેનું એ એક જ હથિયાર છે.

કરોડરજ્જુ પર હુમલો

આ રોગનાં જંતુઓની વિશિષ્ટતા એ છે કે એ કરોડરજ્જુમાં આવેલ, સ્નાયુઓ માટેના જ જ્ઞાનતંતુઓનાં મૂળ ઉપર સીધો હુમલો કરે છે અને સ્નાયુઓ પર કામ

કરતા જ્ઞાનતંતુઓને ખલાસ કરી નાખે છે. તેથી દર્દી પોતાના સ્નાયુઓ પરનો અંકુશ ગુમાવે છે. આ સ્નાયુઓ-વાળા અવયવોથી હલનચલન થઈ શકતું નથી અને દર્દી અપંગ થઈ જાય છે. લકવો કેટલા પ્રમાણમાં થશે તેનો આધાર કેટલા જ્ઞાનતંતુઓ પર આ ઝેરની અસર થઈ છે તે પર છે. ક્યારેક આ જંતુઓની અસર મગજના તંતુઓ પર પણ થાય છે ત્યારે આ રોગ ઘણું ભયાનક સ્વરૂપ ધારણ કરે છે.

દોઢ-બે વર્ષે આખરી ચિત્ર

ઈશ્વરકૃપાથી, હુમલાનો સમય પૂરો થતાં, ઘણાખરા દર્દીઓના સ્નાયુઓમાં ફરી તાકાત આવે છે. જ્ઞાનતંતુઓ પરની વાઈરસના ઝેરની અસર ઓછી થાય ત્યારે, જો એ જ્ઞાનતંતુનો સંપૂર્ણ વિનાશ ન થયો હોય તો, તે પાછા પુનર્જીવિત થાય છે અને સ્નાયુઓ કાર્ય કરવા માંડે છે. હુમલો થયા પછી આ પ્રમાણે ફરી તાકાત આવતાં લગભગ દોઢથી બે વર્ષ નીકળી જાય છે. આ ગાળાને અંતે જ આખરી ચિત્ર નક્કી થાય છે.

લકવા વિનાનો પોલિયો

લગભગ દસમા ભાગના કિસ્સાઓમાં આ જંતુઓનો હુમલો થયા પછી પણ રોગ લકવાની સ્થિતિ સુધી પહોંચતો નથી. આ દર્દીઓને અને ડૉક્ટરોને પણ ખ્યાલ નથી આવતો કે આ પોલિયોનાં જંતુઓનો હુમલો હતો. આ વાતની અગત્ય એ છે કે અજાણ્યે પણ દર્દીઓ આ રોગનો ચેપ ફેલાવી શકે છે. આવા હુમલાને ઍબૉર્ટિવ ટાઇપનો

રોગ કહેવાય છે.

દર વર્ષે દસ હજાર બાળકને

ભારતમાં દર વર્ષે દસેક હજાર બાળકો આ રોગમાં સપડાય છે એમ નોંધાયું છે. પરંતુ આ સંખ્યા રોગના ખરેખર પ્રમાણ કરતાં ઘણી ઓછી છે, કારણ કે ગામડાંઓમાં થયેલા સંખ્યાબંધ કેસોની કોઈ નોંધ આપતું નથી. તે ઉપરાંત ઉપર જણાવ્યા તેવા એબોર્ટિવ ટાઇપના કિસ્સાઓ તો અજાણ્યા જ રહે છે.

ચેપી રોગ

બાળલકવો ચેપી રોગ છે. એક બાળકને એ થયો હોય તો આજુબાજુનાં બધાં બાળકોને ચેપ લાગવાનો ભય રહે છે. આથી જ્યારે આ રોગનું નિદાન થાય ત્યારે તરત યોગ્ય સત્તાવાળાઓને લેખિત જણાવવું જોઈએ અને બાળકને તરત જ ચેપી રોગોની ઇસ્પિતાલમાં મોકલી આપવું જોઈએ.

જ્યાં હૉસ્પિટલની સગવડ ન હોય ત્યાં તે બાળકને તરત જ બીજાં બાળકોથી સાવ જુદું પાડી દેવું જોઈએ. એનાં વાસણ અને કપડાં પણ જુદાં રાખવાં જોઈએ. દર્દીના ઝાડામાં આ રોગનાં જંતુઓ કરોડોની સંખ્યામાં હોય છે અને તે બીજાં બાળકોને ચેપ લગાડી શકે છે.

જે બાળકને લકવો થાય તેની તરફ તો તરત ધ્યાન ખેંચાય છે પરંતુ જે બાળકને હળવો હુમલો હોય ને લકવો ન થયો હોય તેવા બાળકની, નિદાનની સ્પષ્ટતાને

અભાવે, આવી કાળજી લેવાતી નથી. આથી આવાં બાળકો જ આ રોગ ફેલાવવામાં મોટો ભાગ ભજવે છે. રોગનાં જંતુ ખોરાક કે પાણી વાટે મોં દ્વારા શરીરમાં પ્રવેશ કરે છે. તેમાંથી તે લોહીમાં ચુસાઈને પછી કરોડરજ્જુ અથવા મગજમાં આક્રમણ કરે છે.

ત્રણ તબક્કા

આ રોગની વર્તણૂકના ત્રણ અલગ તબક્કા હોય છેઃ

૧. ગંભીર શરૂઆત – શરૂઆતમાં બાળક ઘણું બીમાર હોય છે અને તેને હલનચલનમાં પણ દર્દ થાય છે. આ તબક્કો લગભગ એક મહિનો ચાલે છે.

૨. ફરી તાકાત આ સમય દરમિયાન બાળકના સ્નાયુઓમાં ફરી ચેતન અને તાકાત આવે છે. આ તબક્કો દોઢથી બે વર્ષ ચાલે છે. બાળક માટે આ સમય ઘણો અગત્યનો છે. દોઢથી બે વર્ષનો સમય વીતી ગયા પછી અચેતન રહેલ સ્નાયુઓમાં શક્તિ પાછી આવવાની શક્યતા રહેતી નથી.

૩. આખરી ચિત્ર – દોઢથી બે વર્ષ વીતી ગયા પછી બાળકમાં કેટલી ખોડ રહી છે અને કયા કયા સ્નાયુઓ કેટલે અંશે કામ કરી શકે છે કે કરી શકતા નથી તે બધું વિચારીને આ સમય દરમિયાન બાળકને બને તેટલું જલદીથી શક્ય તેટલી મૂળ સ્થિતિમાં પાછું લાવવાનો પ્રયાસ કરવાનો છે. તેને માટે ઑપરેશનો દ્વારા સ્નાયુઓનો ફેરફાર કરી અંગને મજબૂતી આપવાના ઉપાયો કરવાના

છે. જેટલી નબળાઈ રહી ગઈ છે તેટલી બાળક માટે જિંદગીભર રહેવાની છે. તેથી તે નબળાઈ હોવા છતાં બાળકને કેવી રીતે ભવિષ્યમાં ઓછામાં ઓછી ખોડખાંપણ સાથે જીવન જીવવાને લાયક બનાવી શકાય તે આ સમયમાં વિચારવાનું રહે છે.

રોગની ગંભીર શરૂઆત

બાળલકવો એક ગંભીર રોગ છે અને ઘણુંખરું તે આઠ વર્ષની નીચેનાં બાળકો પર જ હુમલો કરે છે. એથી મોટી ઉંમરમાં ક્યારેક જ થાય છે.

શરૂઆતમાં તો સામાન્ય શરદી જેવું થાય છે અને ઝીણો તાવ આવે છે. પછી થોડા દિવસ તાવ વધીને ૧૦૨થી ૧૦૪ ડિગ્રી સુધી પહોંચે છે. ઊંચો તાવ આવ્યાને બીજે કે ત્રીજે દિવસે લકવો થાય છે. તે સાથે ઝાડા, ઉધરસ વગેરે પણ થાય છે. ઘણાં બાળકોને લકવો નથી થતો અને તેથી તેમને પોલિયોની બીમારી છે તેમ નક્કી થઈ શકતું નથી. ક્યારેક તો તાવ માટે ડૉક્ટરે ઍન્ટીબાયોટિક દવાનું ઇંજેક્શન આપ્યું હોય અને ભગવાન કરે ને બાળકને તે જ પગે લકવાની અસર થાય તો પછી લોકો ડૉક્ટરને દોષિત ગણી કાઢે છે અને ઇંજેક્શનને લીધે પગ ચાલતો નથી એમ માને છે. ખરી રીતે ડૉક્ટરનો તેમાં કંઈ દોષ હોતો નથી. ફક્ત કાગનું બેસવું ને ડાળનું પડવું એવું જ હોય છે. ઇંજેક્શન ન આપ્યું હોય તોયે લકવો થવાનો હોય તો થાય જ.

લકવા પહેલાંના દિવસોમાં બાળકને પેટમાં દુખાવો અને ઝાડા પણ થઈ જાય છે. તે ઝાડામાં લકવાનાં અસંખ્ય જંતુઓ હોય છે. લગભગ એક મહિના સુધી દર્દીના ઝાડામાં આ જંતુઓ હોય છે તેથી તે સમય દરમિયાન બાળક ચેપી રહે છે અને રોગ ફેલાવી શકે છે. દર્દીના ઝાડાનું ખાસ ધ્યાન રાખવું અને એનો નિકાલ કરવામાં ખાસ કાળજી રાખવી જરૂરી છે.

ઊંચો તાવ, પછી લકવો

ઊંચો તાવ આવે અને પછી બીજે કે ત્રીજે દિવસે લકવો દેખાય છે. બાળક એક પગ અથવા હાથ હલાવતું બંધ થાય છે. તે અવયવનું જરા પણ હલનચલન થાય ત્યારે તેને વેદના થાય છે અને તે રડે છે. લકવાનો હુમલો ઘણુંખરું તો એક જ દિવસે થાય છે અને કોઈક વાર જ બીજે કે ત્રીજે દિવસે ફરીથી લકવાનો હુમલો થઈ બીજું અંગ પણ ઝલાઈ જાય છે. આ તબક્કે જ રોગનું નિદાન કરવું આવશ્યક છે. બાળક તો ઇંજેક્શનનો દુખાવો હોય અથવા થોડું વાગ્યું હોય તોપણ તે અવયવ ન હલાવે એવું બને. એટલે લકવો છે કે નહિ તે નક્કી કરવું જોઈએ. જરા પણ શંકા પડતાં જ ડૉક્ટર અથવા તો નિષ્ણાતનો અભિપ્રાય લેવો જોઈએ.

આ સાથે બાળકને ઘણી વાર શરદી, ખાંસી કે ન્યુમોનિયા પણ થઈ જાય છે અને તેથી તાવ ઊતરતાં વાર લાગે છે. આવે વખતે બંને ફિઝિયાટ્રો માટે બાળકનું પૂરું

ધ્યાન રાખવું પડે છે.

મગજનો પોલિયો

જવલ્લે જ બાળકને, ખતરનાક ગણાતા, મગજના પોલિયોનો હુમલો થાય છે. તેમાં જંતુઓ, મગજમાં રહેલ, કરોડરજ્જુ અને મગજને જોડતા ઘણા નાજુક ગણાતા ભાગ પર અસર કરે છે. મગજના આ ભાગમાં શરીરની બધી જીવંત પ્રવૃત્તિઓનાં નિયંત્રણકેન્દ્રો હોય છે. આ ભાગ પર સોજો ચડે છે અને બાળક અર્ધબેભાન કે બેભાન બની જાય છે. મગજના તે નાજુક ભાગમાં જ આપણી શ્વાસોચ્છ્વાસની ક્રિયા તથા ખોરાકપાણી વગેરે ગળે ઉતારવાની ક્રિયાનાં કેન્દ્રો હોય છે. આથી બાળકને તરત જ શ્વાસ લેવાની તકલીફ થાય છે અને પાણી પણ ગળે ઉતારવાની મુશ્કેલી પડે છે. શ્વાસોચ્છ્વાસની ક્રિયા જ્યારે બિલકુલ અટકે છે ત્યારે તે પ્રાણઘાતક નીવડે છે. આથી ઉપર જણાવેલી કોઈ તકલીફ જણાય તો બાળકને તરત હૉસ્પિટલમાં દાખલ કરવું જોઈએ. જ્યાં સુધી શ્વાસોચ્છ્વાસના સ્નાયુઓ કામ ન કરે ત્યાં સુધી બાળકને કૃત્રિમ શ્વાસોચ્છ્વાસ કરાવવા જોઈએ. આ માટે 'લોખંડી ફેફસાં' નામનું પેટી જેવું યંત્ર વપરાય છે. બાળકની છાતી આ પેટીમાં રહે તે રીતે તેને યંત્રમાં સુવાડવામાં આવે છે. પેટીની અંદર થતા દબાણના ફેરફારો વડે ફેફસાં શ્વાસ લે છે અને બહાર કાઢે છે. આમ કૃત્રિમ રીતે શ્વાસોચ્છ્વાસની ક્રિયા ચાલુ રાખી શકાય છે. જ્યાં જ્યાં હૉસ્પિટલોમાં લોખંડી ફેફસાંની સગવડ નથી હોતી ત્યાં ફક્ત ભગવાન ઉપર જ

ભરોસો રાખવાનો રહે છે. આવો રોગ લગભગ ૮૦ ટકા કેસોમાં જીવલેણ નીવડે છે.

સારવાર

પોલિયોની સારવારમાં તો વહેલામાં વહેલી તકે આ રોગનું નિદાન કરીને તરત જ બાળકને ચેપી રોગોની હૉસ્પિટલમાં દાખલ કરવું જોઈએ. જ્યાં આવી હૉસ્પિટલ ન હોય ત્યાં, અથવા હુમલો હળવો હોય તો, બાળકની સારવાર ઘેર પણ કરી શકાય, પરંતુ તે ડૉકટર અથવા તો નિષ્ણાતની દેખરેખ નીચે જ.

ઘરમાં દસ-બાર વર્ષથી નાની ઉમરનાં બીજાં જે બાળકો હોય તેમને તરત જ બાળલકવાની રસી આપવી જોઈએ, કારણ કે એ બાળકો આ દર્દીના સંપર્કમાં આવેલ છે જેણે એના રોગનું નિદાન થયા પહેલાં જ રોગનાં જંતુ ફેલાવી તો દીધાં જ હોય છે. જો દર્દીની સારવાર ઘેર જ કરવાની હોય તો બીજાં બાળકોને બને ત્યાં સુધી બીજે ઘેર અથવા બહારગામ મોકલવાં જોઈએ. દર્દીને અલગ ઓરડામાં રાખી બીજાં બાળકો સાથેનો સંપર્ક બિલકુલ બંધ કરવો જોઈએ.

દર્દીનો ઝાડો સૂક્ષ્મ જંતુઓથી ખદબદતો હોય છે. તેનો નિકાલ વ્યવસ્થિત રીતે કરવો જોઈએ. કાં તો તેને જમીનમાં દાટી દેવો જોઈએ અથવા તો સંડાસના ફ્લશમાં નાખી ઉપરથી ફિનાઈલ નાખવું જોઈએ. ઝાડાથી બગડેલાં કપડાં બિલકુલ જુદાં જ ધોવાં જોઈએ અને બને તો બાળી

નાખવાં જોઈએ. જે હાથ આ ઝાડાને અડયા હોય તે ખૂબ સાફ કરીને કોઈ જંતુનાશક દવામાં બોળવા જોઈએ. આવું ધ્યાન લગભગ એક મહિના સુધી રાખવાનું છે.

અત્યાર સુધી તો આપણી પાસે એવી એક પણ દવા નથી જે આ જંતુઓનો નાશ કરે. પરંતુ આ રોગની સાથે થતા શરદી, ન્યુમોનિયા જેવા બીજા રોગો માટે અને આંતરડાના સોજા માટે અનેક અસર એક સાથે કરતી ઍન્ટીબાયોટિક દવાઓ આપવી જોઈએ.

લકવાવાળા અવયવની સંભાળ

જે અવયવને લકવો થયો હોય તેની ખાસ સંભાળ રાખવી જોઈએ. તે અવયવને રેતીની કોથળીઓ વચ્ચે રાખવો જોઈએ જેથી તે વાંકો, અથવા તો આડી દિશામાં, ન પડી રહે. જો લાંબો વખત તે આડો પડી રહે તો તે અવયવ તે જ દિશામાં જકડાઈ જાય છે અને પછી સીધો કરતાં મુશ્કેલી પડે છે.

પગના પંજા માટે ઘણી વાર પ્લાસ્ટરનો અથવા પાટિયાનો બનાવેલો ટેકો આપવો પડે છે. પગનો પંજો બિલકુલ સીધો અને પગની સાથે કાટખૂણે રહે એ ખાસ જરૂરી છે. પ્લાસ્ટર કે પાટિયાં લગાવતી વખતે ધ્યાન રાખવું કે પગ પર તેનું ચાંદું ન પડે.

ગરમ પોતાં

ગરમ પાણીનાં પોતાં લકવો થયેલ અંગ પર મૂકવાથી દર્દીને પીડામાં ઘણી રાહત રહે છે. તે અંગના સ્નાયુઓ

ઘણા જ કુમળા અને પીડાકારક બની જાય છે જેથી જરા પણ હલનચલન બાળકને ઘણું દુઃખ આપે છે. ગરમ પાણીનાં પોતાં સ્નાયુઓની જકડ ઓછી કરે છે. મિસ કેની નામની એક ઓસ્ટ્રેલિયન નર્સ ને પોલિયોના દર્દીઓની સારવાર વખતે આ રીત સૂઝી આવી હતી અને તેણે આ જાતની સારવાર શરૂ કરી હતી તેથી પોતાં મૂકવાની સારવારને 'કેની સારવાર' નામ અપાયું છે.

ગરમ પાણીનાં પોતાં દિવસમાં ચારથી પાંચ વાર મૂકવાં જોઈએ. અપંગ થયેલું અંગ તો તે બાળક હલાવી શકે નહિ એટલે અત્યંત ગરમ પાણીથી ચામડી બળી ન જાય તેનું ધ્યાન રાખવું જરૂરી છે.

બે-ત્રણ અઠવાડિયાં પછી, જ્યારે સ્નાયુઓનો દુખાવો ઓછો થયો હોય ત્યારે, દર્દીને ગરમ પાણીના ટબમાં પણ મૂકી શકાય. પાણીની અંદર રહેલ અપંગ ભાગમાં જલદી સ્ફૂર્તિ આવે છે અને હલનચલનનો પ્રયત્ન કરવાનું સહેલું બને છે.

ફરી તાકાત આવવાનો તબક્કો

લકવો થયેલ બાળક માટે તો આ બીજો સમય અંધારી રાત પછી આવેલા પ્રકાશનો સમય છે—આશાનો સમય છે. લકવો થયેલ અંગમાં પાછી ચેતના આવે છે અને તે કુદરત અને ઈશ્વરને આધીન છે. વાઈરસના હુમલાથી જો જ્ઞાનતંતુઓ સંપૂર્ણ નાશ ન પામ્યા હોય તો તે પુનર્જીવિત થઈ શકે છે. એ ઉપરાંત ઘણા સ્નાયુઓનો

લકવો જ્ઞાનતંતુઓના નાશને લીધે નહિ પણ કામચલાઉ સોજાને લીધે થયો હોય છે. આ સોજો ઊતરતાં પાછા જ્ઞાનતંતુ કામ કરવા લાગે છે.

લગભગ પચાસ ટકા જેટલા દર્દીઓને સંપૂર્ણ તાકાત પાછી સાંપડે છે અને તે કુદરતની બલિહારી છે. બાકીનાને પણ તે પોતાનું સ્વતંત્ર જીવન જીવી શકાય તેટલી શક્તિ આપે છે અને સરવાળે તો સોમાંથી એક બે બાળકોનેજ સંપૂર્ણ પરાધીન અને અપંગ રાખે છે.

દોઢથી બે વર્ષ સુધી આસ્તે આસ્તે ચેતના પાછી આવે છે. પહેલા છ મહિનામાં આ પ્રવૃત્તિ ઝડપથી થાય છે. સામાન્ય રીતે એકાદ વર્ષ વીત્યા પછી ખાસ કંઈ કામમાં આવે એવો ઉપયોગી ફાયદો થતો નથી. જોકે બે વર્ષ પછી પણ સ્નાયુઓમાં પુનઃ શક્તિ આવ્યાના કિસ્સા કયારેક જોવા મળે છે ખરા. પણ હજારોમાં એકાદને જ એવું બને છે. સામાન્ય રીતે તો દોઢેક વર્ષ વીત્યા પછી સુધારાનું પૂર્ણવિરામ આવી ગયેલું કહી શકાય.

હાથ કરતાં પગમાં વધારે

લકવાની અસર હાથ કરતાં પગમાં વધારે થાય છે. તેમાં પણ ઘણુંખરું એક જ પગ પર અસર થાય છે. હાથ પર લકવો ઓછો થાય છે. ચારે અંગો તથા આખા શરીર પર અસર જવલ્લે જ થાય છે.

સૌને ચાલતા કરી શકાય

એક પગે અથવા બંને પગે અપંગ થયેલા દર્દીને



पगना स्नायुओने आराम आपतु अने
सांधाओने योग्य स्थितिमा राखतु प्लास्टर



विद्युत्प्र



फिजियोथेरापी—पगनी कसरत



करोडना वर्ग



...ઓને અપાતી ઉત્તેજના



પાણીમા કસરત



...ા માટેનુ પ્લાસ્ટર



સમુદ્રમા ચાલવાની 'પ્રેક્ટિસ'

પણ યોગ્ય સારવારથી સ્વતંત્ર રીતે ચાલતા કરી શકાય છે. આ રીતે ફરી તાકાત મળવાની રાહ જોયા પછી પણ જો બંને પગ અપંગ લાગે તોપણ તે હદીઓને કેલિપર અથવા સળિયાવાળા બૂટ આપીને ચાલતા કરી શકાય છે. જો બંને પગ સંપૂર્ણ તાકાત વગરના હોય તો તેમને ઘોડી (ક્રચિઝ) આપવી પડે છે. અમેરિકાના પ્રમુખ રૂઝવેલ્ટ પણ લકવાની અસર છતાંયે સંપૂર્ણ સફળતાપૂર્વક પોતાની ફરજ બજાવી શકયા હતા એ સારવાર અને આત્મશ્રદ્ધાની સફળતાનો અદ્ભુત દાખલો છે.

તાકાત પાછી મેળવવાના આ સમય દરમિયાન નિષ્ણાતની દેખરેખ નીચે ઇલાજ કરાવવો તે ઘણું જ અગત્યનું છે. આ દોઢ વર્ષના ગાળામાં બાળકમાં કેટલી શકિત પાછી આવે છે તેના પર ભવિષ્યનો આધાર છે. બીજું એ ધ્યાનમાં રાખવું જોઈએ કે આ બાળકની માનસિક શક્તિ સંપૂર્ણ સારી હોય છે અને ઘણુંખરું તેની ઉમરનાં બીજાં બાળકો જેટલું જ તે હોંશિયાર પણ હોય છે. તેથી તે બાળકને ભવિષ્યમાં કશી ખોડખાંપણ ન રહે અને તેને આ સમયનો પૂરો લાભ મળે તે ઘણું આવશ્યક છે.

કસરત અને ફીઝિયોથેરાપી

આ સમય દરમ્યાન સારવારમાં ફીઝિયોથેરાપી અથવા કસરત ઘણો અગત્યનો ભાગ ભજવે છે. જે સ્નાયુઓ નબળા હોય તેને કસરતથી મજબૂત અને

શક્તિવાન બનાવી શકાય છે અને જે સ્નાયુઓ હજી નિર્જીવ હોય તેમાં અમુક તાકાત લાવી શકાય છે તેથી જે હૉસ્પિટલમાં ફીઝિયોથેરાપીની સગવડ હોય ત્યાં બાળકને લઈ જવું જોઈએ. ત્યાં જે પ્રમાણે કસરત કરાવે અને શિખવાડે તે પ્રમાણે ઘેર પણ પ્રયત્ન ચાલુ રાખવા જોઈએ. આમાં બેદરકારી રાખવાથી ભવિષ્યમાં પસ્તાવું પડે એવી સ્થિતિ થતાં વાર લાગતી નથી.

સાંધાઓ ઢીલા રાખવા માટે ફીઝિયોથેરાપિસ્ટ દરેક સાંધો તેના હલનચલનની દિશામાં છેક સુધી હલાવે છે અને તે સાંધાને અક્કડ થઈ જતો અટકાવે છે. સાંધા અક્કડ થઈ જાય તો સ્નાયુઓમાં તાકાત પાછી આવવા છતાં બાળકને હલનચલનનો લાભ નથી મળી શકતો. ઘણી વાર તો તે સાંધાને પાછો સરખો કરવા માટે પણ ઑપરેશનની જરૂર પડે છે. સ્નાયુઓને મજબૂત બનાવવા માટે અને સાધાઓને કસરત આપીને ઢીલા રાખવા માટે ફીઝિયોથેરાપી પોલિયોની સારવારનુ અગત્યનું અંગ છે.

સ્થિર સાઇકલની કસરત

જે સ્નાયુઓમાં તાકાત આવી હોય તેમને તે સ્નાયુઓ માટેની ખાસ કસરત કરાવીને વધુ બળવાન બનાવી શકાય છે. આ બળવાન સ્નાયુઓ બીજા નબળા સ્નાયુઓની ખોટ ઘણા કિસ્સામાં પૂરી શકે છે. આ માટે સ્થિર સાઇકલ ચલાવવાની કસરત ઘણી મદદરૂપ થાય છે. આ કસરત હૉસ્પિટલના ફીઝિયોથેરાપી વિભાગમાં જ થઈ

શકે છે. સાઇકલનું પેડલ ચલાવવામાં પગના લગભગ બધા જ સ્નાયુઓની જરૂર પડે છે અને તેથી સાઇકલ આ દર્દના ઉપચારમાં મહત્ત્વનો ભાગ ભજવે છે.

વીજળીથી અપાતી ઉત્તેજના

ઘણી વાર નિર્જીવ થયેલ સ્નાયુઓને કુદરતી રીતે તાકાત પાછી મળે તેની રાહ જોતી વખતે કૃત્રિમ રીતે જીવંત રાખવાની જરૂર પડે છે. ત્યારે વીજળીના મંદ પ્રવાહથી એને ઉત્તેજના આપવી પડે છે. જ્યારે વીજળીનો પ્રવાહ તે સ્નાયુમાંથી પસાર થાય છે ત્યારે તે સ્નાયુ જ્ઞાનતંતુની મદદ વિના આપોઆપ સંકોચાય છે. આ પ્રમાણે જીવંત રખેલ સ્નાયુ, જ્યારે જ્ઞાનતંતુઓમાં ચેતના પાછી આવે ત્યારે, તરત જ પોતાનું કાર્ય ઉપાડી શકે એવી સ્થિતિમાં રહે છે. આ રીતે ઉત્તેજિત ન કરવામાં આવે તો સ્નાયુઓ સુકાઈ જાય છે અને ચેતના પુનઃપ્રાપ્ત થાય ત્યારે પણ નબળા રહે છે. વિદ્યુતપ્રવાહની ઉત્તેજનાથી એ પણ ખ્યાલ આવી શકે છે કે કયા કયા સ્નાયુઓમાં તાકાત પાછી આવવાની શક્યતા છે અને કયા સાવ નકામા થઈ ગયા છે.

ગરમી અને કિરણો

ગમે તે રૂપે પણ ગરમી સ્નાયુઓને સાજા થવામાં ઘણી મદદર્તા છે. ઈન્ફ્રા-રેડ અથવા અલ્ટ્રા-વાયોલેટ કિરણોના લૅમ્પ વડે અપાતી ગરમીનો ઉપયોગ સામાન્ય રીતે વધારે થાય છે. તેનાથી સ્નાયુઓમાં વહેતા લોહીનું પ્રમાણ વધારી શકાય છે. વધુ લોહી ફરતું થવાથી

સ્નાયુઓ વધારે તંદુરસ્ત રહે છે. શરૂઆતના દિવસોમાં આ જાતનો ઉપચાર ખાસ કરીને વધુ ઉપયોગી થાય છે.

પાણીમાં તરવાની સારવાર

તરવાની સગવડ અથવા નાહવાનો હોજ આ રોગની સારવારમાં ઘણો ભાગ ભજવે છે. ફીઝિયોથેરાપીનાં સારાં કેંદ્રોમાં નાહવાના હોજ રાખવામાં આવે છે. ગરમ પાણીની અંદર ડૂબેલા સ્નાયુઓને ગુરુત્વાકર્ષણ નડતું નથી. એથી સ્નાયુઓ સહેલાઈથી હલાવીચલાવી શકાય છે. જે સ્નાયુ પાણીની બહાર ન ચાલી શકતો હોય તે પાણીની અંદર ચાલી શકે એવું બને છે. જે બાળકને લકવાનો હુમલો થયે મહિનો પણ ન થયો હોય તેને હોજમાં ન લઈ જવું જોઈએ કારણ કે તે બાળક હજી ચેપી હોય છે અને રોગ ફેલાવી શકે છે. એક મહિના પછી જ આ સારવારનું સ્થાન છે.

સ્નાયુઓની પ્રગતિનો આલેખ

સાજા થવા માટે રાહ જોવાના દોઢ વર્ષના સમય દરમિયાન બાળકને દર મહિને નિષ્ણાતને બતાવવું જોઈએ. તપાસ દરમિયાન નિષ્ણાત કયા કયા સ્નાયુઓમાં તાકાત આવી છે એ ધ્યાનમાં રાખે છે. સ્નાયુઓની તાકાતની નોંધણી માટે એક આલેખ (ચાર્ટ) બનાવવામાં આવે છે. એમાં શરીના એકેએક સ્નાયુની ભિન્નભિન્ન તાકાતની નોંધ કરી શકાય છે. આ આલેખ પર નજર કરતાં જ નિષ્ણાતના મગજમાં આખું ચિત્ર તૈયાર થાય છે અને કેટલા સમયમાં

કેટલા સ્નાયુઓને કેટલી તાકાત પાછી મળી એનો ખ્યાલ આવે છે. આ ઉપરથી એ નક્કી કરે છે કે બાળકને કયારે ઊભા રહેવાની છૂટ આપવી, કેટલી કસરત કરવા દેવી, ટેકા માટે ઘોડી કે મળિયાની જરૂર છે કે નહિ અને મળિયા કે ઘોડી આપ્યા હોય તો કયારે દૂર કરવા. ભવિષ્યમા હજી કયા સ્નાયુઓમા ચેતન આવવાનો સભવ છે વગેરે ઘણા ખરા બીજા સવાલોના જવાબ નિષ્ણાત તેના અનુભવ પરથી પામે છે અને સારવારના સૂચનો આપે છે ત્યા સુધી નિષ્ણાત ન કહે ત્યા સુધી બાળકને બિલકુલ ઊભુ ન કરવુ જોઈએ લાગણીવશતા કે બીજાં સગાંસબધી-ઓની જાતજાતની સલાહ સામે આખ આડા કાન કરવા જોઈએ, લાબી સારવાર ધીરજ વિના સફળ ન થઈ શકે.

પ્લાસ્ટરની પથારી

શરૂઆતના સમયમા જે બાળકને પગ ઉપર વધારે અસર થઈ હોય તેને માટે પ્લાસ્ટરની પથારીની જરૂર પડે છે બાળકને સુવાડી જ રાખવા માટે અને પગનુ હલનચલન અટકાવવા માટે એ જરૂરી બને છે. કોઈ વાર પગ બાધવ માટે છૂટુ પ્લાસ્ટર પણ લગાડવુ પડે છે આ બધુ થોડા દિવસ માટે જ હોય છે. જેમ જેમ સ્નાયુઓમા તાકાત આવતી જાય છે તેમ તેમ પ્લાસ્ટરની જરૂર ઓછી થાય છે અને પછીથી તે બિલકુલ કાઢી નાખવામા આવે છે

આખરી સ્થિતિ સુધારવાના ઉપાયો

દાકથી બે વર્ષ પછી ૧૫ પાટી રહેલી નબળાઈને

દૂર કરવાના પ્રયત્ન માટેનો આ સમય છે. મુખ્યત્વે આમાં ઑપરેશનનો સહારો લેવાનો હોય છે. સ્નાયુઓની સમતુલા મેળવવા માટે અને નબળું પડેલ અંગ પણ કામમાં લઈ શકાય તે માટે ઘણી જાતનાં ઑપરેશનો થઈ શકે છે.

જો એક પગ આખો નિર્જીવ થયો હોય તો તો દર્દીએ જિંદગીભર સળિયાવાળા બૂટ પહેરવાના જ રહે છે. પણ અમુક સ્નાયુઓમાં પણ ફરી તાકાત આવી હોય તો ઑપરેશનથી તે સ્નાયુઓનો ફેરફાર કરી પગને સદ્ધર અને હલનચલન યોગ્ય બનાવી શકાય છે.

બે પ્રકારનાં ઑપરેશન

પગને સદ્ધર બનાવવા અને રહેલા સ્નાયુઓનો પૂરેપૂરો ઉપયોગ કરવા માટે થતા ઑપરેશનોના મુખ્ય બે પ્રકાર છે.

૧ સ્નાયુઓની હેરફેર,
૨ સાંધાઓનું જોડાણ.

સ્નાયુઓની હેરફેરમા તો જે મજબૂત સ્નાયુ કામ કરતો હોય તેને નિર્જીવ થયેલ સ્નાયુની દિશામાં ફેરવીને એને માટે કામ કરતો કરી શકાય. પગના પંજામાં અને હાથના સ્નાયુઓમાં આગળપાછળના સ્નાયુઓની સમતુલા પેદા કરવામા આ ઑપરેશનો ઘણો ફાયદો કરે છે. જો પગનો પંજો અંદરની બાજુએ ન વળી શકતો હોય પરંતુ બહારની બાજુએ સારી રીતે વળી શકતો હોય તો તે બહારના

ઘણા સ્નાયુઓમાંથી એક-બે સ્નાયુઓને અંદરની બાજુએ લગાવી શકાય જેથી દર્દી પોતાની મેળે પંજાને અંદરની બાજુએ પણ વાળી શકે. તે પ્રમાણે પંજો જો નીચે જતો હોય પણ ઉપરની બાજુએ ન વળી શકતો હોય તોપણ આ પ્રમાણે ઑપરેશન કરી શકાય.

હાથના પંજામાં પણ જો અંગૂઠો નબળો હોય અથવા તો આંગળીઓ પર અસર રહી હોય તો આ પ્રમાણે સ્નાયુઓની યોગ્ય હેરફેર કરીને હાથને સમતોલપણે બધાં કામ કરતો કરી શકાય. સ્નાયુઓની હેરફેરનાં ઑપરેશનો લગભગ સાત-આઠ વર્ષની ઉંમરે કરવામાં આવે છે.

સાંધાઓનું જોડાણ

સાંધાઓના જોડાણનાં ઑપરેશનમાં બે હાડકાંઓ વચ્ચેનો સાંધાનો ભાગ કાઢી નાખવામાં આવે છે. આનો લાભ એ છે કે સાંધો ગુમાવવા છતાંયે અવયવની સદ્ધરતા એમાં મળે છે. નબળો સાંધો હોય એના કરતાં ન હોય તે સારું એવું અમુક કિસ્સાઓમાં નક્કી કરવું પડે છે. હલનચલન જાય છે પણ સદ્ધરતા આવે છે. ઘૂંટણની નીચેનો પગ જો નિર્જીવ હોય તો નીચેનો લટકતો પગ કંઈ કામનો નથી હોતો. આથી જો સાંધો બંધ કરી દેવામાં આવે તો છેવટે ઘૂંટણ ઉપરના સ્નાયુઓના જોરે આખો પગ સદ્ધર થઈને ઊભો રહી શકે. તે ઉપરાંત પંજો જો વાંકો પડતો હોય તોપણ તે આવા ઑપરેશનથી સીધો કરી શકાય છે. આ ઑપરેશન લગભગ બાર કે

તેર વર્ષની ઉંમરે થાય છે. જો તેનાથી નાની ઉંમરે તે કરવામાં આવે તો પંજાનો વિકાસ અટકે છે અને તે નાના રહી જાય છે. સાથે સાથે સ્નાયુઓની હેરફેરની જરૂર પડે તો તે પણ આ ઑપરેશનની સાથે જ કરી શકાય છે.

પગમાં સદ્ધરતા અને હાથમાં હલનચલન

આ ઑપરેશન નક્કી કરતી વખતે પગમાં કેટલી મજબૂતી મળી શકે અને ઉપરના હાથમાં કેટલું હલન-ચલન મળી શકે તે સિદ્ધાંત દૃષ્ટિ સમક્ષ રાખવામાં આવે છે. તેથી બને ત્યાં સુધી નીચેનાં અંગોમાં સાંધાઓનું જોડાણ અને ઉપરનાં અંગો માટે સ્નાયુઓની હેરફેરનાં ઑપરેશનો કરવામાં આવે છે. આ ઑપરેશનો પછી તેમ જ પહેલાં કસરત ઘણી આવશ્યક છે. ઑપરેશન પછી લગાવેલું પ્લાસ્ટર કાઢ્યા બાદ જે સ્નાયુની હેરફેર કરી હોય, તેને કસરત વડે મજબૂત બનાવી શકાય છે; અને જેમાં સારી એવી તાકાત હોય એવો સ્નાયુ પસંદ કરવામાં આવે છે.

આવાં ઑપરેશનોથી ઘણાખરા દર્દીઓને કંઈ ને કંઈ ફાયદો કરી આપી શકાય છે. ઘણી વાર તેઓ સળિયાવાળા બૂટથી ચાલતા હોય તો આવા ઑપરેશનો પછી એમ ને એમ ચાલતા થઈ શકે છે. અને હાથમાં પણ વધુ ચેતન, વધુ હલનચલન આપી શકાય છે. ખભા માટે અને ઘૂંટણ માટે જો નબળાઈ રહી હોય તો ઑપરેશનો ખાસ કંઈ ઉપયોગી નથી. ઘૂંટણમાં હાડકાંઓનું સંધાન

કરી શકાય પરંતુ તે કર્યા પછી ઘૂંટણ વળે નહિ. આપણી નીચે બેસવાની ટેવોને લીધે આપણા દેશના માણસો માટે તે ઑપરેશન ખાસ કામનું નથી રહેતું. આ ઑપરેશન પછી પલાંઠી ન વળે અને આપણા માણસોને ઝાડો-પેશાબ કરવામાં પણ મુશ્કેલી પડે. પશ્ચિમના દેશોમાં જુદી રીતભાતો હોવાથી ત્યાં આ ઑપરેશન વધારે કરવામાં આવે છે.

લકવાની બીજી સમસ્યાઓ

લકવાની બીજી બે ખાસ સમસ્યાઓ છે :

(૧) લકવા થયેલ પગનું ટૂંકા થવું,

(૨) કરોડના મણકાઓ વાંકા થવાથી ખૂંધ થવી.

ટૂંકો પગ

લકવાનો પગ કયારેક કેમ ટૂંકો રહી જાય છે તે બરોબર સમજી શકાયું નથી. ઘણી વાર સંપૂર્ણ નિર્જીવ થયેલ પગ પણ સારા પગ જેટલો જ લંબાઈમાં હોય છે. ત્યારે કોઈ વાર પગમાં અમુક નાના સ્નાયુઓનો લકવો થવાથી પણ પગ ઘણો ટૂંકો થઈ જાય છે. તેથી લકવાની બાત ઉપરથી ખાતરીપૂર્વક કહી ન શકાય કે પગ ટૂંકો રહી જશે કે બરાબર વિકસશે. જો છ કે આઠ વર્ષની ઉંમરે પગ ટૂંકો લાગતો હોય તો એ વખતે ઑપરેશન કરીને તે પગની લંબાઈ વધારી શકાય. ઑપરેશનમાં હાડકાંઓના સને ઉત્તેજવામાં આવે છે તેથી તે પગનાં હાડકાંઓ બીજા પગ કરતાં, વધુ ઝડપથી લંબાઈમાં વધે છે, લગભગ એકાદ ઇંચ જેટલો ફાયદો થઈને થઈ શકે છે.

તે ઉપરાંત હદ્દીની ઉંમર પંદર કે સોળ વર્ષની થયા પછી, જો બંને પગોમાં ઘણો તફાવત રહ્યો હોય તો-પણ ઑપરેશન કરીને બંને પગ સરખા બનાવી શકાય છે. તેમાં ટૂંકો થયેલ પગ લાંબો કરી શકાય તેમ જ લાંબો પગ કે જે સારો પગ છે તેને ટૂંકો પણ કરી શકાય. બંને પગની લંબાઈ સરખી થવાથી હદ્દીને ઊંચી એડીવાળા બૂટ પહેરવાની જરૂર નથી રહેતી. તેમ જ ટૂંકા પગને લીધે જે લચકાઈને ચાલવું પડે છે તે પણ દૂર થાય છે.

ખૂંધનો ઉપાય

ઘણી વાર લકવો થયા પછી ઘણાં વર્ષે કરોડના મણકાઓ એક બાજુએ વળી ગયેલા દેખાય છે. આથી કરોડ વાંકી રહે છે. પીઠના સ્નાયુઓ નબળા પડવાથી આવી ખોડ આવે છે. જ્યારે જ્યારે માણસ ચાલતો હોય અથવા બેઠો હોય, ત્યારે આખા શરીરનું વજન કરોડ પરથી જ પસાર થાય છે. તેથી જો કરોડની એક બાજુના સ્નાયુઓ બીજી બાજુ કરતાં જરા પણ નબળાં હોય તો બીજી બાજુના સ્નાયુઓના વધારે જોરને લીધે કરોડ વાંકી વળી જાય છે.

કરોડનું વાંકા થવાનું ત્યાં સુધી બાળકની ઊંચાઈમાં વધારો થાય ત્યાં સુધી ચાલુ જ રહે છે. તેથી જો પાંચ વર્ષની ઉંમરે કરોડ વાંકી થઈ હોય, તો જેમ જેમ ઉંમર વધે તેમ તેમ તે વળાંક વધવાની શકયતા છે. પંદરથી સોળ વર્ષની ઉંમરે વિકાસ અટકે એટલે જેટલો વળાંક

દેવી જોઈએ કે જેથી બાળકને બાળલકવા સામે વહેલી તકે રક્ષણ મળે. બાળલકવા જેવા ખરાબ રેગ સામે આપણી પાસે આ એક જ હથિયાર છે.

આ રસી કેવી રીતે બનાવવામાં આવે છે તે જાણવું પણ ઘણું રસભરેલું છે. આગળ કહ્યા પ્રમાણે આ રેગનાં જંતુઓ (viruses) ને આજ સુધી કૃત્રિમ રીતે લેબોરટરીમાં ઉછેરી નહોતા શકાતાં, કારણ કે આ જંતુઓ જીવંત પદાર્થો ઉપર જ જીવી શકે છે. તેથી તેમને વાંદરના શરીરમાં તેમ જ તાજા ઈંડાંમાં ઉછેરવામાં આવે છે. આ પ્રમાણે ઉછરેલાં જંતુઓમાંથી બાળલકવા માટે જવાબદાર જંતુઓને ઓળખીને જુદા કરવામાં આવે છે અને તેમાંથી રસી બનાવવામાં આવે છે.

આ પ્રમાણે રસી બનાવવામાં ભારતમાં થતા ખાસ જાતના વાંદરાઓનો ઉપયોગ થાય છે અને તેથી ભારતમાંથી દર વર્ષે ઘણા વાંદરાઓની અમેરિકા, રશિયા ખાતે નિકાસ થાય છે.

આ રસી અત્યારે બે સ્વરૂપમાં મળે છે: (૧) ઈન્જેકશન રૂપે, (૨) પીવાની દવા રૂપે. બંને જાતની રસી લગભગ સરખી જ અસરકારક છે. ભારતમાં આજ સુધી આ રસીની આયાત કરવામાં આવતી હતી, પણ હવે મુંબઈની હાફકીન ઇન્સ્ટિટ્યૂટમાં એ રસી બનાવવાની શરૂઆત થઈ છે. જોકે હજી પણ ઘણોખરો જથ્થો રશિયાથી આયાત થાય છે.

મહિનાને આંતરે—ત્રણ ભાગમાં

જેમ આપણે નાના બાળકને બેત્રણ મહિનાની ઉમરે શીતળા ટંકાવીએ છીએ, એ જ પ્રમાણે શીતળા પતે કે તરત લકવાની રસી પણ આપી દેવી જોઈએ. આ રસી, મહિના મહિનાના અંતરે ત્રણ ભાગમાં આપવામાં આવે છે. તેથી પહેલા વર્ષની અંદર ત્રણે ભાગો આપી દેવાનો નિયમ રાખવો જોઈએ. અમેરિકા અને રશિયામાં લાખો બાળકોને આ પ્રમાણે રસી આપવામાં આવે છે. તેથી તે દેશોમાં બાળલકવાનો રોગ લગભગ અદૃશ્ય થઈ ગયો છે. યુરોપના અમુક દેશોમાં તો આ રસી મુકાવવાનું સરકાર તરફથી ફરજિયાત રાખવામાં આવેલ છે. જો આપણી દુનિયાના દરેક બાળકને આ રસી આપવામાં આવે તો

કમનસીબે એકાદને પૂરું રક્ષણ મળતું નથી. પણ એટલું તો રક્ષણ મળે જ છે કે જો લકવાનો ચેપ લાગે તો હુમલો ઘણો જ હળવો હોય છે. આ રસી મુકાવતાં પહેલાં એ ધ્યાન રાખવું જોઈએ કે એ વખતે બાળકને શરદી, ઝાડા કે કોઈ જાતનો તાવ ન હોવો જોઈએ. બાળકની તબિયત જો જરા નબળી હોય તો લકવાની રસી બરાબર કામ નથી કરતી. રસી લીધા પછી બાળકના શરીરમાં આ રોગ સામે રક્ષણ મેળવી શકે એવા પદાર્થો પેદા થાય છે. નબળું બાળક આવા પદાર્થો બરાબર પેદા કરી શકતું નથી. આ રસી એક વાર લીધી હોય તો જીવનભરનું રક્ષણ મળે છે. ત્રણ ભાગ બરાબર લીધા હોય તો પછી ક્યારેય ફરી વાર રસી લેવી પડતી નથી.

ઘરમાં અથવા પડોશમાં જો કોઈ પણ બાળકને લકવો થાય તો તરત જ બીજાં બધાં બાળકોને જો રસી ન આપી હોય તો તરત અપાવી દેવી ઘણી જરૂરી છે. ગામડાંઓમાં જો આ રસીની સગવડ ન હોય તો તરત જ બાજુના શહેરમાંથી રસી મંગાવવાનો બંદોબસ્ત નગરપાલિકા કે પંચાયત તરફથી થવો જોઈએ.

આશા રાખીએ કે થોડાં વર્ષો બાદ આપણા દેશના એકેએક બાળકને આ રસી આપી દઈએ અને હજારો બાળકોને આ ખતરનાક રોગમાંથી બચાવીને બાળલકવાનું નામનિશાન મિટાવી દઈએ.

નવમા વર્ષમાં પ્રગટ થનારી પુસ્તિકાઓ

• ગુજરાતના ભીલ	ચન્દ્રવદન શુક્લ
• નર્મદા યોજના	શંકર ત્રાસરાવાલા
• પ્રેમાનંદનાં આખ્યાનો	અમૃતલાલ યાજ્ઞિક
• દશાંશ પદ્ધતિ શા માટે ?	પ્ર. ચુ. વૈદ્ય
• બંધારણના માર્ગદર્શક સિદ્ધાંતો	નગીનદાસ સંઘવી
• રેડિયો કેવી રીતે કામ કરે છે ?	નાનાલાલ વસા
• વિદેશનીતિના પાયા	પ્રદીપ શાહ
• ચીનની સાંસ્કૃતિક ક્રાંતિ	મહેન્દ્ર વા. દેસાઈ
• ઝાડપાનનું જીવન	રજનીકાન્ત મોદી
• ઇઝરાયલ	હર્ષિદા પંડિત
• ભારતીય સંગીત	અમુભાઈ જોશી
• પ્રાર્થના સમાજ	ગટુભાઈ ધ્રુ
• દયારામ	હરીન્દ્ર દવે
• ગુજરાતનાં વન્ય પ્રાણીઓ	શૈલેન્દ્ર સિંહા
• ધરતીકંપ	વિજયગુપ્ત મૌર્ય
• કિડનીના રોગો	ડૉ. ભાનુ ર. શાહ
• ગુજરાતનો ઇતિહાસ	હરિપ્રસાદ શાસ્ત્રી
• કવિ કાન્ત	ઈશ્વરલાલ ર. દવે
• નીરોગીનો આહાર	ડૉ. વી. એન. નાઈ
• થોરોની ચિંતનસૃષ્ટિ	ગગનવિહારી મહેતા
• બાળલકવો	ડૉ. એસ. જે. કુંભાણી
• ભારતની વિદેશનીતિ	રવિશંકર વિ. મહેતા
રશિયન ક્રાંતિનાં પચાસ વર્ષ	રોહિત દવે
રૉબર્ટ ફ્રોસ્ટ	જયંત ર. જોશી

• ફૂદડીવાળી પુસ્તિકાઓ પ્રગટ થઈ ગઈ છે.

દર મહિને બે પુસ્તિકા પ્રગટ થાય છે. એક પુસ્તિકાની છૂટક કિંમત પચાસ પૈસા. વાર્ષિક લવાજમ દસ રૂપિયા (પરદેશમાં વીસ શિલિંગ).

પરિચય ટ્રસ્ટ, બૉમ્બે મ્યુચ્યુઅલ ચેમ્બર્સ, ચોથે માળે, ૧૯/૨૧ હમામ સ્ટ્રીટ, મુંબઈ–૧. ટે. નં. ૨૫૪૦૫૯

ડૉ. એસ. જે. કુભાણી



ડૉ. સુમત જ્યાચંદ કુભાણીનો જન્મ દેવગઢબારીઆમા થયો હતો મૅટ્રિક સુધીનો અભ્યાસ ત્યા જ કરી, પૂનાની ફર્ગ્યુસન કૉલેજમા બે વર્ષ વિતાવીને, ૧૯૪૮મા તેઓ મુબઈની ગ્રાન્ટ મેડિકલ કૉલેજમા જોડાયા ૧૯૫૩મા એમ. બી બી એસ પાસ કરીને ત્યા જ ત્રણેક વર્ષ ઑર્થોપિડિક સર્જરી (હાડકા, સાધા અને સ્નાયુઓની શસ્ત્રક્રિયા) ની તાલીમમા ગાળ્યા

૧૯૫૬મા તેઓ ઇગ્લૅન્ડ ગયા અને ૧૯૫૯મા તેમણે લડન અને એડિનબરા બન્નની એફ આર. સી એમની ડિગ્રીઓ મેળવી એ ત્રણ વર્ષના ગાળામા તેમણે ઇગ્લૅન્ડની જુદી જુદી હૉસ્પિટલોમા ઑર્થોપિડિક સર્જરીની તાલીમ લીધી

એફ આર સી એસ. થયા પછી તેમણ લડન યુનિવર્સિટીની ઑર્થોપિડિક ઇન્સ્ટિટ્યૂશન અને રૉયલ નૅશનલ હૉસ્પિટલ જેવી વિશ્વવિખ્યાત હૉસ્પિટલમા બહોળો અનુભવ લીધા અને ૧૯૬૨મા તેઓ ભારત પાછા ફર્યા

ઈગ્લૅન્ડમાં તેમણે સાધાઓના જોડાણના વિષય પર સશોધનકાર્ય કર્યું હતું અને એ વિષે કૉન્ફરન્સમા પેપર વાચ્યો હતો ભારતમા પણ એમણે જુદા જુદા વિષયો પર નિષ્ણાતોની કૉન્ફરન્સોમાં ઘણા પેપર વાચ્યા છે

તેઓ મુબઈમા ખાનગી પ્રૅક્ટિસ કરે છે અને સેન્ટ જૉર્જ હૉસ્પિટલ, વાડિયા ચિલ્ડ્રન્સ હૉસ્પિટલ અને ચિલ્ડ્રન્સ ઑર્થોપિડિક હૉસ્પિટલ (પોલિયો હૉસ્પિટલ)મા ઑનરરી ઑર્થોપિડિક સર્જન તરીકે કામ કરે છે

તેમને વાચન અને ઑઇલ પેઇન્ટિંગનો શોખ છે

૧૯૬૧માં તેમણે સ્મિતા રતનચદ ઝવેરી સાથે લગ્ન કર્યું છે તેમને સુજીત નામે એક પુત્ર છે

આંખનો મોતિયો

ડૉ. શિરીષ જે. ભટ્ટ

પરિચય પુસ્તિકા પ્રવૃત્તિ–૨૨૭

પરિચય પુસ્તિકા પ્રવૃત્તિ

સંપાદક: વાડીલાલ ડગલી

આ પ્રવૃત્તિ દસ વર્ષથી ચાલી રહી છે. આજની દુનિયામાં રસ ધરાવતાં અને આપણી આસપાસ જે બની રહ્યું છે તે સમજવા ઇચ્છતાં વાચકોને જરૂરી વાચન પૂરું પાડવું એ આ પ્રવૃત્તિનો હેતુ છે. વિજ્ઞાન, સાહિત્ય, રાજકારણ, અર્થશાસ્ત્ર, સમાજશાસ્ત્ર, માનસશાસ્ત્ર, વેપારઉદ્યોગ, શિક્ષણ, સંસ્કૃતિ, આરોગ્ય, રમતગમત વગેરે ક્ષેત્રોના ખાસ જાણકારો પાસે એમના વિષયોની પુસ્તિકાઓ લખાવવામાં આવે છે.

દર મહિને બત્રીસ-બત્રીસ પાનાંની બે પુસ્તિકાઓ પ્રગટ થાય છે.

છૂટક કિંમત ૫૦ પૈસા

વાર્ષિક લવાજમ ૧૦ રૂપિયા, પરદેશમાં ૨૦ શિલિંગ

વર્ષ જાન્યુઆરીથી ગણાય છે.

ગ્રંથ

તંત્રી: યશવંત દોશી

'ગ્રંથ' એટલે પુસ્તકોની દુનિયામાં ડોકિયું

પરિચય ટ્રસ્ટ તરફથી પ્રગટ થતું આ માસિક ગુજરાતીમાં પ્રગટ થતાં પુસ્તકોનાં અવલોકનો તો આપે જ છે પણ તે ઉપરાંત અંગ્રેજી, હિન્દી અને અન્ય ભારતીય ભાષાઓમા પ્રગટ થતાં મહત્વનાં પુસ્તકોનો પણ પરિચય આપે છે

આટલા ઓછા ખર્ચે આટલી બધી ભાષાઓનાં આટલાં બધાં પુસ્તકોની માહિતી બીજે ક્યાંય નહિ મળે.

વાર્ષિક લવાજમ ૧૦ રૂપિયા, પરદેશમાં ૨૦ શિલિંગ

પરિચય ટ્રસ્ટ, ૧૯/૨૧, હમામ સ્ટ્રીટ, મુંબઈ-૧

ટેલિફોન ૨૫૪૦૫૯

પરિચય પુસ્તિકા પ્રવૃત્તિ—૨૨૭

આંખનો મોતિયો

ડૉ. શિરીષ જે. ભટ્ટ



પરિચય ટ્રસ્ટ

પ્રકાશક
ભગવંત દોશી
પરિચય ટ્રસ્ટ
બૉમ્બે મ્યુચ્યુઅલ ચેમ્બર્સ,
૧૯/૨૧, હમામ સ્ટ્રીટ, મુંબઈ-૧

મુદ્રક
ધીરુભાઈ ભીખુભાઈ દેસાઈ
સ્ટેટ્સ પીપલ પ્રેસ,
જન્મભૂમિ ભવન,
કોટ, મુંબઈ-૧

પહેલી આવૃત્તિ

પૈસા   જૂન ૧૯૬૮

કવર ડિઝાઈન : બી. એન. ઓઝે

આંખનો મોતિયો

"ડૉક્ટર સાહેબ, આંખ તપાસવાની છે. ઓછું દેખાય છે. જુઓને મોતિયો નથી ને?"

આંખના નિષ્ણાત ડાક્ટરો પાસે આવતી આ એક સર્વસામાન્ય ફરિયાદ છે. એમાંના ઘણાને મોતિયો હોતો નથી પણ માત્ર આંખે ચશ્માં આવ્યાં હોય છે. અને જ્યારે દર્દીને આમ કહેવામાં આવે ત્યારે "હાશ, તો તો સારું. હું તો ગભરાઈ ગયો હતો કે મોતિયો આવતો હશે તો વળી ઉપાધિ થશે," એવું હંમેશ સાંભળવા મળે છે.

ઉપાધિ કે ગભરાવા જેવું નથી

મોતિયો એટલો બધો સામાન્ય છે અને એની સારવાર ઑપરેશન દ્વારા જ થાય છે એટલે જેને ન થયો હોય તેવા પણ ચાલીસ પચાસની ઉંમરના માણસો ઝાંખું દેખાય એટલે 'ગભરાટ' અને 'ઉપાધિ' વિનાકારણે જ અનુભવે છે. મોતિયો થાય તો તેમાં ઉપાધિ જેવું બહુ કાંઈ નથી અને ગભરાવા જેવું પણ નથી એટલું સમજાવવાનો આ પુસ્તિકામાં પ્રયત્ન કરીશ.

અર્ધા ભાગના વૃદ્ધોને મોતિયો થાય છે

મોતિયો વૃદ્ધાવસ્થાનો એક સામાન્ય રોગ છે. આપણા દેશમાં તો વૃદ્ધાવસ્થાએ પહોંચેલા લગભગ અરધોઅરધ માણસોને મોતિયો થાય છે. ઉંમર મોટી થતાં વાળ સફેદ થાય, ચામડીમાં કરચલી પડે તેમ આંખમાં મોતિયો આવે છે. વાળ તો કોઈના ત્રીસ વર્ષે સફેદ થાય, કોઈના સાઠ વર્ષે થાય અને કોઈના કદીયે ન થાય. તેવું જ મોતિયાનું છે. કોઈને વહેલો આવે તો કોઈને મોડો, અને કોઈને કદી પણ ન આવે.

મોતિયો 'મોતિયો' કેમ કહેવાયો ?

ઑપરેશન કરીને મોતિયો બહાર કાઢવામાં આવે છે ત્યારે તેનો રંગ, આકાર અને કદ સામાન્ય વપરાશમાં આવતા સફેદ મોતી જેવાં હોય છે. એમ જ લાગે કે જાણે આંખમાંથી મોતી બહાર કાઢ્યું ! અંગ્રેજીમાં એને કેટેરેક્ટ (Cataract) અને હિંદીમાં મોતિયાબિંદ કે મોતિયો પણ કહે છે.

સુશ્રુતે કહેલું સાચું પડયું !

મોતિયાનો ઇતિહાસ, વૈદકજ્ઞાનના ઇતિહાસ જેટલો જ જૂનો છે. આજથી લગભગ ત્રણ હજાર કે તેથી પણ વધારે વર્ષો પહેલાંના વૈદ્યોને મોતિયા વિશે જ્ઞાન હતું. ઇસવીસન પૂર્વે ભારતના જાણીતા વૈદ સુશ્રુતે 'સુશ્રુતસંહિતા' પુસ્તકમાં મોતિયા અને એના પર કરાતા ઑપરેશન વિશે લખ્યું છે. સુશ્રુતના શિષ્ય વૈદ્ય ધન્વંતરીએ

તો આંખના રોગો અને મોતિયા વિશે સંશોધન કરીને એ રોગનું આબેહૂબ વર્ણન કર્યું હતું જે આજેય તાજું લાગે છે.

સુશ્રુતનો મત એવો હતો કે આંખના બહિર્ગોળ (Convex) કાચની પારદર્શકતા ઓછી થવાથી મોતિયો થાય છે. એ વખતે દુનિયાના બીજા વૈદ્યોના ખ્યાલો બહુ જુદા હતા. આંખના કયા ભાગમાં, કયો ફેરફાર થવાથી મોતિયો થાય છે એ વિષેનો મતભેદ વૈદ્યોમાં બે હજાર વર્ષ સુધી પ્રવર્ત્યો. અંતે લગભગ ત્રણસો વર્ષ પહેલાં ફ્રાંસના 'કવરે' એ અને 'રોનફૂલીફે' ઘણા સંશોધન પછી અભિપ્રાય ઉચ્ચાર્યો કે મોતિયો બહિર્ગોળ કાચની પારદર્શકતા ઓછી થવાથી જ થાય છે અને સુશ્રુતનો અભિપ્રાય સાચો છે. તે છતાંયે દુનિયાના બીજા વૈદ્યો આ અભિપ્રાય સ્વીકારતા ન હતા. છેવટે ઘણાં વર્ષોના સંશોધન અને ચર્ચાઓ બાદ અંતે સાબિત થયું કે સુશ્રુત સાચા હતા.

હજારો વર્ષ જૂનું ઑપરેશન

મોતિયાનું ઑપરેશન એ વૈદકીય ઇતિહાસમાં જૂનામાં જૂનાં ઑપરેશનોમાંનું એક છે. ભારતમાં સુશ્રુત અને એના શિષ્યોએ આ ઑપરેશનની પહેલ કરેલી. એ જ વખતે ઇજિપ્ત, ગ્રીસ, ઇટલી વગેરે દેશોમાં પણ આવું ઑપરેશન કરવામાં આવતું. અલબત્ત, આ જૂના ઑપરેશનની રીત જુદી હતી. એમાં મોતિયાને આંખની અંદર જ પાડી દેવામાં આવતો, જેથી એ કીકીની આડે

ન આવે. આથી દર્દીને દૃષ્ટિમાં તાત્કાલિક ફાયદો થતો પણ એમાંના ઘણાની આંખો અંતે સાવ અંધ થઈ જતી.

અઢારમી સદીમાં નવી શોધ

ઈસ્વીસન પૂર્વેથી માંડીને અઢારમી સદી સુધીના સર્જનોના અથાગ પ્રયત્નોને અંતે, આ પરિસ્થિતિ સુધારવામાં આવી. ઈ. સ. ૧૭૪૫માં 'ડેવીઅલ' નામના સર્જને મોતિયો અંદર પાડવાને બદલે બહાર કાઢવાની શરૂઆત કરી. એ પછી ૧૮૬૫માં 'વોનગ્રાફે' નામના સર્જને ઑપરેશનની પદ્ધતિ સુધારી. છેલ્લે અંગ્રેજ સર્જન ડૉ. શોર્પે આખો ને આખો મોતિયો કાયમ સફળતાથી બહાર નીકળી જાય એવી રીત શોધી તેઓ આંખમાં છેદ મૂકી, પોતાના અંગૂઠાનું આંખ ઉપર અમુક જગ્યાએ દબાણ આપી, આખો ને આખો મોતિયો કાઢી લેતા.

ત્યાર પછીથી આ રીતમાં, સંખ્યાબંધ સર્જનો અનુભવથી પ્રેરાઈને ફેરફારો કરતા રહ્યા અને અંતે આજની રીત સિદ્ધ થઈ. હવે તો મોતિયાનું ઑપરેશન જોખમ વિનાનું, સાદું અને સરળ થઈ ગયું છે અને એનાં પરિણામો ચોક્કસ ગણતરી પ્રમાણે સારાં આવે છે.

આંખની રચના

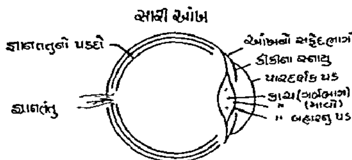
આપણે કોઈની આંખ સામે જોઈએ ત્યારે સફેદ ડોળામાં વચ્ચે કાળો (અમુક આંખોમાં ભૂરો, માંજરો, નીલો) ગોળાકાર ભાગ દેખાય છે. એની મધ્યમાં કીકી

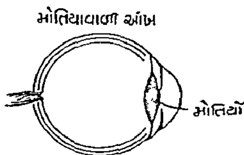
હોય છે. આ કાળો ભાગ ખરેખર તો એક પારદર્શક પડ (કોર્નિયા) છે અને એની પાછળ કાળા ભૂરા કે માંજરા રંગનો સ્નાયુ છે. આ સ્નાયુ ગોળ પંખાની જેમ વચ્ચે વીંધવાળો હોય છે. આ વચ્ચેની ખાલી જગા એટલે કીકી. સ્નાયુ ફૂલે કે સંકોચાય એ પ્રમાણે કીકીની ખાલી જગા નાની મોટી થાય.

પ્રકાશનાં કિરણો પારદર્શક પડ (કોર્નિયા) અને કીકી વાટે થઈને, કીકીની પાછળ રહેલા પારદર્શક કાચ પર પડે છે. આ કાચ સ્ફટિકરૂપ હોય છે અને એમાં પણ સહેજ જાડા-પાતળા થવાની શકિત હોય છે. કાચ પર પડેલાં પ્રકાશનાં કિરણો કેન્દ્રિત થઈને આંખમાં ઊંડે જ્ઞાનતંતુના પટ (રેટીના) પર પડે છે. એનું મગજ સાથે સંધાણ હોવાથી આપણે શું જોઈએ છીએ તેનું ભાન થાય છે.

આમ પ્રકાશના રસ્તામાં મુખ્ય બે પારદર્શક પડ આવે છે. સૌથી આગળનું પડ તે કોર્નિયા અને પછી કીકીની પાછળનો બહિર્ગોળ કાચ. કાચની પાછળના પોલાણમાં અને જ્ઞાનતંતુના પડ વચ્ચે અર્ધપ્રવાહી પારદર્શક પદાર્થ હોય છે. આમ પ્રકાશના રસ્તામાં ક્યાંયે પારદર્શકતા ઓછી થાય તો જોવામાં મુશ્કેલી પડે. મોતિયો સ્ફટિકરૂપ કાચ ઝાંખો પડવાથી થાય છે. છેવટે આ કાચ સાવ દૂધિયો થાય ત્યારે આંખમાં ફક્ત પ્રકાશ જ દાખલ થઈ શકે છે અને બીજું કંઈ જોઈ શકાતું નથી. માત્ર અંધારા-અજવાળાની જ ખબર પડે છે. મોતિયાવાળી આંખને આપણે જોઈએ તો કીકીની પાછળ સફેદ દાણા જેવું

દેખાય છે. જેટલો વધુ પાકેલો મોતિયો તેટલી આ સફેદી વધારે.





બહિર્ગોળ કાચની રચના

આ બહિર્ગોળ કાચને કાપીને જોઈએ તો એની રચના ઊભી કાપેલી કેરી જેવી જણાય છે. છાલ, ગર્ભ અને ગોટલીની જેમ આ કાચમાં પણ બહારનું પડ, મધ્યમાં બીજ અને એ બેની વચ્ચે ગર્ભભાગ હોય છે.

આ ત્રણમાંથી ગમે તે ભાગ ઝાંખો પડતાં મોતિયો થાય છે, અને એ પ્રમાણે એની જુદી જુદી જાત હોય છે. આ કાચમાં રક્તવાહિનીઓ કે જ્ઞાનતંતુઓ હોતાં નથી. એમાં છેદ મૂકવામાં આવે તો લોહી પણ ન નીકળે અને પીડા પણ ન થાય.

આ કાચ એની આખી ધારે ડોળાની અંદર સ્નાયુઓની મદદથી ચોંટેલો હોય છે અને મધ્યમાં સ્થિર રહે છે. ઉંમર વધતાં કાચનું આ જોડાણ નબળું પડતું જાય છે. જ્યારે મોતિયો બહાર કાઢવો હોય ત્યારે આ જોડાણ ધીરે ધીરે તોડીને આખો કાચ બહાર કાઢી લેવામાં આવે છે.

કારણ જાણતા નથી

હજારો વર્ષોના સંશોધન પછી પણ હજુયે મોતિયો થવાનું શું કારણ છે તે નક્કી થઈ શક્યું નથી. અને એ કારણે જ 'મોતિયો થતો અટકાવવો કઈ રીતે?' એ સવાલનો જવાબ અત્યારે ડાક્ટરો આપી શકે એમ નથી.

એટલું ખરું કે મોતિયો પશ્ચિમના ઠંડા દેશો કરતાં પૂર્વના ગરમ દેશોમાં અનેક ગણો વધારે જોવા મળે છે. આથી એવું અનુમાન કરીએ છીએ કે સૂર્યનો વધુ પડતો પ્રકાશ કે ગરમી મોતિયો થવામાં અમુક અંશે કારણરૂપ હશે ખરાં. સંશોધનથી એટલું જાણવા મળ્યું છે કે સૂર્યના પ્રકાશમાં રહેલાં 'અલ્ટ્રા વાયોલેટ' કિરણો બહિર્ગોળ કાચને નુકસાનકારક છે. આ કિરણો અમુક અંશે મોતિયાના કારણરૂપ હશે, પણ બધા મોતિયા આ કારણે થતા નથી.

એ પણ જાણવા મળ્યું છે કે આંખની કે શરીરની બીજી કોઈ બીમારીને લીધે બહિર્ગોળ કાચના પોષણમાં કંઈ પણ વાંધો આવે ત્યારે એવા કાચમાં મોતિયો વહેલો થાય છે. આ સિવાય શરીરમાં રહેલા અમુક ક્ષારોની, ખાસ કરીને 'કેલ્શ્યમ'ની, લોહીમાં વધઘટ થવાથી પણ મોતિયો પેદા થયો હોવાના દાખલાઓ જોવા મળ્યા છે. વિટામિનની ખામી, નબળું પોષણ અને શરીરમાં રહેલી અંતઃસ્રાવી ગ્રંથિઓના કેટલાક રોગોમાં પણ મોતિયો થાય છે.

આમ કારણ ચીંધી શકાય એવા થોડા મોતિયા જોવા મળે છે, પણ મોટે ભાગે તો શરીરના ઘસારાની પ્રક્રિયાનો જ એ એક ભાગ હોય એથી વધુ કંઈ કહી શકાતું નથી. ઉંમર વધે એટલે મોતિયો થવાની શક્યતા વધે.

કેટલીક વાર મોતિયાનો રોગ કૌટુંબિક અને વારસાગત પણ જોવા મળે છે. અમુક કુટુંબમાં એનું સામાન્ય કરતાં વધુ પ્રમાણ હોય છે અને જ્યારે વારસાગત હોય ત્યારે તો ઉત્તરોત્તર વારસોમાં વધારે ને વધારે નાની ઉંમરે મોતિયો થતો જોવા મળે છે.

મોતિયાના સામાન્ય પ્રકાર

મોટી ઉંમરમાં થતા મોતિયાના સામાન્ય પ્રકાર. મોતિયો બહિર્ગોળ કાચમાં ક્યાં શરૂ થાય છે એ ઉપરથી પાડવામાં આવે છે. મોતિયો મુખ્યત્વે ગર્ભભાગમાં, બીજમાં કે પાછળના પડમાં શરૂ થાય છે.

વધારે પ્રમાણમાં મોતિયો ગર્ભભાગમાં શરૂ થાય છે. આ ભાગમાં અમુક જગાએ અપારદર્શકતા કે ઝાંખપ

આવવા માંડે છે. ધીમેધીમે ગર્ભનો વધારે ને વધારે ભાગ ઝાંખો પડવા માંડે છે, અને મોતિયો વધતો જાય છે. જ્યાં સુધી થોડોઘણો ગર્ભભાગ પારદર્શક રહે ત્યાં સુધી થોડી નજર રહે છે અને મોતિયો હજુ કાચો કહેવાય છે. જ્યારે ગર્ભભાગ પૂરેપૂરો ઝાંખો થઈ જાય ત્યારે મોતિયો પાકી ગયો કહેવાય છે. એ વખતે દૃષ્ટિ સાવ ગઈ હોય છે અને માત્ર અંધારું-અજવાળું જ પારખી શકાય છે.

કહેવાતો 'મોતિયો' મોતિયો ન પણ હોય

કયારેક એવું બને છે કે પારદર્શક કાચનો બીજનો ભાગ ઉંમર વધવાની સાથે કઠણ થઈ જાય છે. આથી દૃષ્ટિ એકદમ ઝડપથી ઓછી થાય છે. બીજ કઠણ થવાની સાથે થોડુંઘણું શોષાય પણ છે અને આથી સહેજ ઝાંખું પડે છે. આ ફેરફાર અવસ્થાને લીધે છે અને તેને મોતિયા સાથે કંઈ સંબંધ નથી. આ સ્થિતિમાં માઇનસ નંબરનાં યોગ્ય ચશ્માં આપવાથી નજર સુધારી શકાય છે અને ઑપરેશનની જરૂર હોતી નથી.

ઓછા અનુભવવાળા વૈદ ડાકટરો આંખને તપાસે ત્યારે આવી બીજની સહેજ સફેદાઈ જુએ ત્યારે ભૂલમાં મોતિયાનું નિદાન કરી બેસે છે અને પરિણામે દર્દીને સાચાં ચશ્માં મળતાં નથી અને મોતિયો પાકવાની રાહ જોવામાં સમયની બરબાદી અને નકામી હેરાનગતિ થાય છે.

જો બીજ કઠણ થવાની પ્રક્રિયા લંબાય અને સાથે સાથે બીજની આજુબાજુનો ગર્ભનો ભાગ પણ કઠણ થઈને

શોષાવા લાગે અને બીજની સાથે ગર્ભભાગ ભળી જાય તો બીજનો મોતિયો શરૂ થાય છે. આ સ્થિતિમાં ખરેખરો મોતિયો થાય છે. એટલે આ સ્થિતિને માત્ર બીજની કઠણ થવાની સ્થિતિથી જુદી પારખવાની ખાસ જરૂર રહે છે, કારણ કે બંનેની સારવાર જુદી છે.

આ પ્રકારનો મોતિયો બહુ ધીમે આગળ વધે છે અને પાકતાં બહુ વાર લાગે છે. દરદીની સગવડ ખાતર આવી સ્થિતિમાં જરા કાચો મોતિયો કાઢવો હિતકારક છે.

ઊંધો મોતિયો થાય ખરો?

જ્યારે મોતિયાની શરૂઆત, પારદર્શક કાચના પાછળના પડની નજીક થાય છે ત્યારે તે સામાન્ય રીતે મધ્યભાગમાં શરૂ થાય છે. આ ભાગ સીધો કીકીની પાછળ જ આવે છે અને આનું ખરું નામ 'મધ્યસ્થ મોતિયો' છે. ઘણા ડૉક્ટરો આને 'ઊંધો મોતિયો' કહે છે. આ નામ ગભરાવી નાખે એવું છે પણ ખરેખર તો મોતિયામાં કંઈ ઊંધુંચત્તું છે જ નહીં. ફક્ત એની શરૂઆત પાછળથી થઈને આગળ વધતી હોય છે. એટલે એને અમુક લોકો ઊંધો મોતિયો કહે છે.

આ મોતિયો આમ તો નાનો હોય છે પણ બરોબર મધ્યમાં કીકી પાછળ સીધી લીટીમાં થતો હોઈને દૃષ્ટિમાં ઘણો વહેલો અને વધારે અંતરાય ઊભો કરે છે. શરૂઆતથી જ દર્દીને જાણે આંખ સામે ધુમ્મસ છવાયું હોય કે દરેક વસ્તુની આગળ કંઈક પડદા જેવું હોય એવું લાગ્યા કરે છે.

ઓછા પ્રકાશમાં વધારે સારું દેખાય!

આ પ્રકારના મોતિયામાં ઓછા પ્રકાશમાં ઊલટાનું સારું દેખાય છે, અને ઝાઝા પ્રકાશમાં ઓછું દેખાય છે. આનું કારણ એ છે કે ઓછા પ્રકાશમાં કીકી પહોળી થાય છે તેથી નાનો મોતિયો ઓછો આડો આવે છે. ખૂબ પ્રકાશમાં કીકી સંકોચાઈને મોતિયા જેવડી થઈ જવાથી મોતિયો પૂરેપૂરો આડો આવે છે અને આથી ઊલટાનું ઓછું દેખાય છે.

નજીકનું જોતી વખતે પણ કીકી ઝીણી થાય છે એટલે આવા દર્દીઓને ખાસ કરીને વાંચવામાં વધુ મુશ્કેલી પડે છે. શરૂઆતના તબક્કામાં આંખમાં અમુક દવા નાખીને જો કીકીને પહોળી કરવામા આવે તો વાંચવા-જોવામાં ઘણો ફાયદો થાય છે. વધુ પ્રકાશમાં ફરતી વખતે કાળાં ચશ્માં પહેરવાથી પણ કીકીને બહુ ઝીણી થતી અટકાવી શકાય છે અને આને લીધે પણ પ્રમાણમાં સારું જોઈ શકાય છે.

જેમ જેમ આવો મોતિયો વધતો જાય તેમ તેમ પછી તો ઓછા પ્રકાશ કે કાળાં ચશ્માંનો ફાયદો રહેતો નથી. દવા નાખીને પણ કીકી જેટલી મોટામાં મોટી થઈ શકે એટલા જ કદનો જો મોતિયો પણ હોય તો આવી દવાનો કંઈ લાભ રહે નહીં એ સ્વાભાવિક છે. આવી સ્થિતિમાં 'મધ્યસ્થ મોતિયો' આવે ત્યારે કાચો હોય તોપણ કાઢી નાખવો જોઈએ, કારણ કે પાકવાની રાહ જોવામાં તો વર્ષ બે વર્ષ આંધળાપણું ભોગવવું પડે અને કંઈ કામધંધો પણ થાય નહીં.

કાળો મોતિયો

આ નામ ગભરાવી નાખે એવું છે પણ ખરેખર તો એ ઉપર વર્ણન કર્યું તેવો બીજનો મોતિયો જ છે. એથી વિશેષ એમાં કંઈ નથી.

'કાળો' તો એ એટલા માટે કહેવાય છે કે સામાન્ય સફેદ મોતિયા કરતાં એનો રંગ જુદો—ભૂખરો, રતુમડો કે કાળો હોય છે. બૅટરીના પ્રકાશથી ડૉક્ટર આંખ તપાસે ત્યારે કીકીની પાછળ સફેદ દાણાને બદલે આવો રંગીન દાણો દેખાય છે અને એથી એને 'કાળો મોતિયો' કહે છે. બીજના મોતિયાની જેમ શરૂઆતમાં હજુ ગર્ભભાગ આમાં સંડોવાયો ન હોય ત્યાં સુધી ચશ્માંનો નંબર બદલવાથી નજરમાં સુધારો થઈ શકે છે.

આ મોતિયો પાકતાં બહુ વાર લાગે છે; કયારેક તો પાકતો જ નથી, આથી ઘણુંખરું તો એને કાચો જ કાઢવાની સલાહ આપવી પડે છે. આ મોતિયો કદમાં સામાન્ય રીતે મોટો હોય છે અને એને કાઢવા માટે ડોળામાં મોટો છેદ મૂકવો પડે છે. એ સિવાય એ બીજના મોતિયા કરતાં વિશેષ ગંભીર કોઈ રીતે નથી.

કયારે પાકશે તે કહેવું મુશ્કેલ છે

એક વાર મોતિયો શરૂ થયો એટલે મોટે ભાગે એ ધીમેધીમે પાકે તો ખરો જ પણ કેટલો સમય લાગે તે કહી શકાતું નથી. એની પાકવાની ઝડપ નક્કી નથી. કયારેક એ ઝડપથી થોડા [illegible]

કયારેક વર્ષો સુધીયે પાકતો નથી. આવું થાય ત્યારે પાકવાની રાહ જોતાં જોતાં દર્દી કંટાળી જાય છે.

સામાન્ય રીતે, ઘણી મોટી ઉંમરમાં થતા મોતિયા ઠીકઠીક ઝડપથી પાકી જાય છે. પ્રમાણમાં નાની ઉંમરના મોતિયા જલદી પાકતા નથી. નાની ઉંમરમાં જો મોતિયો ઝડપથી પાકે તો મધુપ્રમેહ (ડાયાબિટીઝ)ની તપાસ કરાવવી જરૂરી છે. એ રોગમાં મોતિયો ઝડપથી પાકે છે.

મોતિયો સ્ત્રીઓ અને પુરુષોમાં લગભગ સરખા પ્રમાણમાં થાય છે. મોટે ભાગે તો મોતિયો બંને આંખોમાં થાય છે. કયારેક જ એક આંખનો મોતિયો જોવા મળે છે. આવું બને ત્યારે પણ બીજી સારી આંખમાં થોડા મહિનાઓ પછી કે વર્ષ બે વર્ષ પછી મોતિયો થવાની શક્યતા ઘણી જ રહે છે.

બંને આંખમાં મોતિયો હોય તોપણ તે સરખો જ પાકેલો હોય એવું નથી. સામાન્ય રીતે તો એક આંખમાં બીજી આંખ કરતાં પ્રમાણમાં વધારે પાકેલો હોય છે.

માત્ર એક આંખમાં મોતિયો હોય ત્યારે પણ એનું ઑપરેશન તો કરાવી નાખવું જોઈએ, જેથી બીજી આંખમાં થાય ત્યારે આ ઑપરેશન કરાવેલી આંખથી કામકાજ ચાલી શકે.

ઑપરેશન ન કરાવો તો શું થાય?

મોતિયો પાકી ગયા પછી, ઑપરેશન કરીને બહાર ન કાઢવામાં આવે તો આંખમાં પડી રહેવાથી નીચે જણાવેલામાંથી એકાદ ફેરફાર એમાં થાય છે.

મોતિયો પાકે ત્યારે ગર્ભભાગ નરમ માવા જેવો હોય છે. તે વખત જતાં, પોચો પડવા માંડે છે અને એને અંતે દૂધ જેવો પ્રવાહી થઈ જાય છે. આવી સ્થિતિને લોકો 'દૂધિયો મોતિયો' કહે છે. ગર્ભભાગ પ્રવાહી થતાં, કાચનું બીજ, વજનને લીધે પ્રવાહીને તળિયે બેસી જાય છે.

કોઈ વાર આવા મોતિયામાં પ્રવાહી ધીમે ધીમે શોષાઈ જાય છે અને બીજ તો નીચે પડેલું હોય છે એટલે બહિર્ગોળ કાચમાં માત્ર આગળપાછળનાં પડ જ રહે છે. જો આ પડની પારદર્શકતા ટકી રહી હોય તો દરદીને આપમેળે જ પાછી દૃષ્ટિ પ્રાપ્ત થાય છે અને જાણે ચમત્કાર થયો હોય એવું લાગે છે. આવે વખતે જે દવા આંખમાં નખાવી હોય તે દવાને જશ મળે છે. દરદીને એમ લાગે છે કે દવાની અસરથી મોતિયો ઓગળી ગયો! ખરેખર તો કુદરતી જ ફાયદો થયો હોય છે.

ઉપર જણાવ્યા પ્રમાણેનો 'ચમત્કાર' થાય તો તો ઠીક પણ એવું તો ક્યારેક જ થાય છે. ઘણી વાર તો મોતિયાનું અંદરનું પ્રવાહી કાચના પડમાંથી પસાર થઈ, બહાર આંખમાં આવે છે અને એને લીધે આંખના બહારના પડદામાં સોજો આવે છે. આથી આંખ અને માથું દુઃખવા લાગે છે અને આંખ લાલચોળ થઈ જાય છે.

ઝામર થઈ જાય ને આંખ પણ જાય

કોઈ વાર એવું પણ બને છે કે પાકેલા કે જરાક કાચા મોતિયાનો ગર્ભ ફૂલી જાય છે તેથી મોતિયાનું કદ એકદમ વધી જાય છે અને તેમાંથી દુખાવાવાળો ઝામર

થઈ આવે છે. એમાં પણ આંખ લાલ થઈ જાય છે અને આંખ-માથામાં અસહ્ય દુખાવો થાય છે.

મોતિયાનું જોડાણ વખત જતાં ઢીલું પડતું જાય છે, એથી મોતિયો એની જગા પર સ્થિર રહેતો નથી. આંખના હલનચલન વખતે દરેક વખત મોતિયો ઉપર નીચે હલ્યા કરે એને લીધે બે પ્રકારનાં જોખમ ઊભાં થાય છે.

કાં તો આંખના આગળના પડદામાં સોજો આવે અથવા તો શાંત કે દુખાવાવાળો ઝામર થઈ જાય. આવું લાંબું ચાલે તો આંખ બગડતી જાય અને પછી એવી સ્થિતિ આવે કે કંઈ પણ સારવારથી ખાસ ફાયદો ન થાય. વધારે જોખમ 'શાંત' ઝામરમાં રહે છે. આમાં આંખમાં પાણીનું દબાણ વધારે હોય અને આંખનાં પડોને નુકસાન થયા કરતું હોય પણ દુખાવો ન હોય. આ કારણે દર્દી ભૂલ-થાપ ખાય છે અને સમયસર સારવાર લેવાનું ઘણી વાર ચૂકી જાય છે.

મોતિયો અંદર પડી જાય

જો મોતિયાનું જોડાણ બહુ ઢીલું પડી જાય તો મોતિયો ખસીને આંખની અંદર પડી જાય છે. ક્યારેક જોરથી માથું હલાવતાં, છીંક ખાતાં કે માથું ક્યાંક અથડાતાં મોતિયો આમ પડી જાય છે. મોતિયો ખસી જતાં તો દર્દીને એકાએક નજર સુધરી ગઈ હોય એમ લાગે છે. પણ કાચ અંદર છૂટો પડવાથી આંખનાં બીજાં પડોની સમતુલા એકદમ તૂટી જાય છે અને આંખને ગંભીર નુકસાન થવાનો સંભવ રહે છે.

મોતિયાના દર્દીએ, જો એકાએક નજર સુધરી જાય તો બહુ હરખાયા વિના તાત્કાલિક નિષ્ણાતની સલાહ લેવા દોડી જવું જોઈએ.

મોતિયાનાં મુખ્ય ચિહ્નો

મોતિયામાં મુખ્ય તકલીફ તો નજરની જ પડે છે. શરૂઆતમાં જાણે ધુમ્મસમાં કે આછા પડદા આડે જોતા હોઈએ એવું ઝાંખું દેખાય છે. આ સ્થિતિમાં ચશ્માંના નંબર બદલીને, કાળાં ચશ્માં પહેરવાથી કે આંખની કીકી મોટી કરવાની દવા નાખવાથી કામચલાઉ થોડી રાહત થાય છે.

સમય જતાં મોતિયો વધતો જાય છે અને દૃષ્ટિ ઓછી થતી જાય છે. જો બંને આંખમાં સાથે મોતિયા હોય તો રોજિંદા જીવનમાં બહુ પરેશાની ભોગવવી પડે છે અને કાચા મોતિયા ઉતારવાની ફરજ પડે છે.

એક આંખમાં હોય તો તો જાણે ગાડું ચાલે છે. પણ આવા દર્દીઓને સારી આંખવાળી બાજુ જ દેખાય છે એટલે રસ્તો ઓળંગતાં, મોટર ચલાવતાં કે મશિનરીનો ઉપયોગ કરતાં ધ્યાન રાખવું જોઈએ.

નજરની તકલીફ ઉપરાંત, ક્યારેક દર્દીને આંખ સામે કાળાં ટપકાં પણ દેખાયા કરે છે. આંખ ફરે તેની સાથે આ ટપકાં પણ ફર્યા કરે છે. કોઈ વાર એક ચીજને બદલે 'ડબલ' કે ત્રણ ચીજ દેખાય છે. તો વળી ક્યારેક પ્રકાશની આજુબાજુ મેઘધનુષ્યના રંગ જેવા લાલપીળા રંગો પણ દેખાય છે. આવું થાય ત્યારે કંઈ ગભરાવા જેવું

હોતું નથી. પણ આંખનાં બીજાં દર્દો જેવાં કે ઝામર વગેરેમાં પણ આવા રંગો દેખાય છે. એટલે નિષ્ણાતની સલાહ લઈને નિદાન તો પાકું કરાવી જ લેવું જોઈએ.

ઑપરેશન સિવાય બીજો ઇલાજ નથી

મોતિયાનો મુખ્ય ઇલાજ તો ઑપરેશન જ છે. બીજી એવી કોઈ દવા કે તરકીબ જાણમાં નથી કે જેનાથી મોતિયો એમ ને એમ મટી જાય. તેમ જ મોતિયો અટકાવવાનું પણ શકય નથી.

ઑપરેશનથી ડરતા માણસો ઘણી વાર મોતિયો વગર ઑપરેશને મટાડવાનો પ્રચાર કરતા ઊંટવૈદો કે નુસખાબાજોના સપાટે ચડી જાય છે અને પૈસાની બરબાદી કરે છે. આવા નુસખાબાજો જંતરમંતરથી માંડીને આંખનાં ટીપાંઓ, આંખમાં આપવામાં આવતાં અમુક ઇંજેકશનો, કિરણો, દવાઓ, ગોળીઓ વગેરે કંઈક જાત-જાતના અખતરા કરતા હોય છે. આયોડીનના અમુક પ્રકારના ક્ષારો – કેલ્શ્યમ આયોડાઈડ કે પોટેશ્યમ આયો-ડાઈડ – નાં ટીપાં આંખમાં નાખવાથી મોતિયો થોડો ઓગળે છે એવું તો હજુયે કોઈ કોઈ જુનવાણી ડાક્ટરો પણ માનતા હોય છે. પણ વૈજ્ઞાનિક અભિપ્રાય એ છે કે આવી કોઈ સારવારથી મોતિયો ઘટતો નથી, મટતો નથી કે આગળ વધતો અટકતો નથી. કયારેક કુદરતી રીતે જ મોતિયો ઘણા વખત સુધી સ્થિર સ્થિતિમાં રહે છે ત્યારે દર્દી જો કંઈ દવા વાપરતો હોય તો એને એમ લાગે કે દવાથી મોતિયો આગળ વધતો અટકયો છે!

શરૂઆતમાં ચશ્માંમાં ફેરફાર કરવાથી કે દવા નાખવાથી થોડી રાહત રહે છે પણ અંતે ઑપરેશન જ આખરી ઇલાજ છે.

વાઢકૂટિયા વૈદોથી ચેતતા રહેવું

શહેરોમાં બહુ ઓછા, પણ ગામડાંઓમાં તો હજુ આવા સંખ્યાબંધ વાઢકૂટિયા વૈદો હાથમાં બેગ કે બગલમાં થેલી મારીને, ઘેર ઘેર ફરતા, 'સારવાર ફેરી' કરતા જોવા મળે છે. તેઓ ગામેગામ રખડે છે અને લોકોના સાચા-ખોટા ઇલાજ કરે છે. તેઓ મોતિયો મટાડે છે એવો પણ પ્રચાર કરે છે અને જંગલી પદ્ધતિથી સારવાર કરે છે. આંખમાં અમુક દવાનાં ટીપાં નાખીને, એક બારીક સોયો લાલચોળ ગરમ કરીને, આંખમાં નાખી, મોતિયાને ધક્કો મારે છે અને આંખની અંદર પાડી દે છે. મોતિયો ખસી જવાથી તરત તો દર્દીને સારું જ લાગે છે, પણ થોડા વખતમાં જ કે લાંબે ગાળે આ આંખ સાવ બગડી જાય છે અને પછી કોઈ ઇલાજ થાય તેવી સ્થિતિ રહેતી નથી.

આવા વૈદોમાંના અમુક ઠગવૈદો તો હથેળીમાં મોતી કે વટાણાનો દાણો સંતાડી રાખે છે અને આંખમાંથી કાઢ્યો એમ કહી દર્દીને ફોસલાવે છે. ગામડાના ભોળા માણસો, જેમને કેટલાયે માઇલો સુધી સારી દાકતરી સગવડ મળી શકતી નથી તેઓ આવી સ્થિતિમાં આવી છેતરપિંડીના ભોગ બની જાય છે.

આવા વાઢકૂટિયા વૈદો ગામડામાં તો ખૂબ ફાવે છે પણ શહેરોમાંયે હજુ એમનું અસ્તિત્વ નાબૂદ નથી થયું.

મુંબઈમાં પણ હજુ રસ્તા પરની હાટડીમાં, પ્રદર્શનની જેમ ઑપરેશન કરતા આવા 'કારીગરો' પછાત વિસ્તારોમાં જોવા મળે છે.

ઑપરેશન ક્યારે કરાવવું?

લોકોમાં સામાન્ય માન્યતા એવી હોય છે કે મોતિયો જ્યારે પૂરો પાકી જાય અને દૃષ્ટિ સાવ બંધ થઈ જાય ત્યારે ઑપરેશન કરાવવું. આ માન્યતા ભૂલભરેલી છે.

અલબત્ત, એ ખરું છે કે પચીસ વર્ષ પહેલાં ડૉક્ટરો પણ આ માન્યતા ધરાવતા. પણ અનુભવે એ સમજાયું કે એટલો બધો વખત રાહ જોવાની અને હેરાનગતિ વેઠવાની કંઈ જરૂર નથી. ઑપરેશનની પદ્ધતિ સુધરતી ગઈ એમ મોતિયાનું ઑપરેશન સરળ અને એકધારું સફળ થવા માંડયું ત્યારે ડૉક્ટરોને પણ એ સમજાયું કે ઑપરેશન વેળાસર કર્યું હોય તો દર્દીને ઘણી તકલીફમાંથી બચાવી શકાય છે. અત્યારે તો અમે એ સલાહ આપીએ છીએ કે જો બંને આંખમાં સાથે મોતિયો હોય અને મોતિયો એટલો આગળ વધેલો હોય કે જેથી રોજના કામકાજમાં વાંચવાલખવામાં કે હરવાફરવામાં મુશ્કેલી ઊભી થતી હોય તો મોતિયાનું ઑપરેશન તરત કરાવી લેવું જોઈએ. ટૂંકમાં, જરૂર કરતાં દૃષ્ટિ ઓછી પડે ત્યારે ઑપરેશન કરાવી નાખવું જોઈએ. રાહ જોવામાં કામધંધો બગડે એ નુકસાન છે, જ્યારે ફાયદો કોઈ નથી.

જો મોતિયો એક જ આંખમાં હોય અને બીજી આંખ સારી હોય તો મોતિયો પૂરો પાકે એની રાહ

જોવામાં વાંધો નથી. એક આંખથી કામ ચાલે એટલે ઉતાવળ કરવાની જરૂર હોતી નથી. પણ વધારે પડતી રાહ જોવામાં અહીં પણ કંઈ ફાયદો નથી. મોતિયાવાળી આંખમાં વહેલી દૃષ્ટિ સાંપડે અને બેય આંખો સાથે જોતી થાય એ સ્થિતિ વધારે સારી છે એમાં બે મત ન હોઈ શકે.

થોડોક કાચો ઉતરાવવામાં વધુ સલામતી

આધુનિક સાધનો અને પદ્ધતિથી, ઊલટાનું થોડોક કાચો હોય તેવો મોતિયો કાઢવાનું વધુ સરળ બન્યું છે. કાચો મોતિયો કાઢવામાં ફાયદો એ રહે છે કે એના ઑપરેશનમાં આખો ને આખો મોતિયો કાઢવાનો હોય છે. તેથી દૃષ્ટિ ઘણી સારી સાંપડે છે.

આથી ઊલટું, ખૂબ પાકેલો મોતિયો આખો ને આખો કાઢવામાં ઘણી વાર મુશ્કેલી પડે છે અને એને લીધે સહેજ પડળ કે છારી અંદર રહી જાય છે. આથી નજર સહેજ ઓછી સાંપડે છે. કયારેક તો પાછળથી છારી કાઢવાનું બીજું ઑપરેશન કરાવવું પડે એવી પણ સ્થિતિ થાય છે.

કાચો મોતિયો આખો કાઢવાનું વધારે સહેલું હોવાથી, ઑપરેશન પછીની તકલીફો થવાની શકયતાઓ બહુ ઓછી રહે છે. પાકા મોતિયામાં જો ગર્ભ સહેજ રહી જાય તો આંખના આગળના પડદામાં સોજો આવી જાય છે અને સંપૂર્ણ સારું થતાં વધુ દિવસો નીકળી જાય છે. આમ એકંદરે થોડોક કાચો મોતિયો કાઢયો હોય એવા કિસ્સાઓમાં પરિણામ વધારે સારું આવે છે.

ટૂંકમાં, મોતિયો ઉતારવાનો સર્વશ્રેષ્ઠ સમય કયો છે એ નિષ્ણાતને નક્કી કરવા દેવું. 'હજુ તો માણસનો ઓછાયો દેખાય છે' એમ વિચારી રાહ જોઈને સલાહ લીધા વિના ઘેર બેસી ન રહેવું એ દર્દીના હિતમાં છે.

ઑપરેશન વખતે આંખ નીરોગી જોઈએ

ઑપરેશનનું નક્કી કરતી વખતે ડૉકટર આંખ તપાસીને, એ બીજી રીતે નીરોગી છે કે નહી તે નક્કી કરે છે. આંખમાં ચીપડા વળતા હોય કે ચીકણું પાણી નીકળતું હોય તો તેની યોગ્ય સારવાર પહેલાં કરવી પડે છે. ઝામર કે નાકસુરતું દરદ પણ ન હોવું જોઈએ.

આંખમાં પ્રકાશ નાખતી વખતે આંખની કીકી બરોબર સંકોચાય અને બૅટરીનો પ્રકાશ નાખે ત્યારે દર્દીને ખબર પડે કે કઈ બાજુથી – ઉપર, નીચે, ડાબી કે જમણી બાજુથી – પ્રકાશ આવે છે અને લાલ-લીલા રંગનો પ્રકાશ હોય એ દરદીને ખબર પડે તેવી આંખની સ્થિતિ હોય એવી આંખ ઑપરેશન માટે બરાબર કહેવાય.

સામાન્ય તંદુરસ્તીની ચકાસણી

બ્લડપ્રેશર, ડાયાબિટીઝ, દમ, ખાંસી, કબજિયાત, મરડો કે પેશાબમાં ચેપ હોય તો તેની યોગ્ય સારવાર કરી લેવી જોઈએ. નાકમાં શરદી કે દાંતમાં કે શરીરમાં બીજે કયાંય સડો કે ગૂમડાં હોય તો એની પણ યોગ્ય સારવાર કર્યા પછી જ ઑપરેશન કરવું સલાહભર્યું છે.

નહીં કરે એમ માનીને ઘણા નિષ્ણાતો, ઑપરેશન સહેજ સહેલું બનાવવા માટે પડ ચીરીને મોતિયો કાઢે છે. પણ સામાન્ય અનુભવ એવો છે કે આવી રહી ગયેલી છારીને ફરી વાર ઑપરેશન કરીને કાપવી પડે એવી સ્થિતિ વારંવાર થાય છે. ક્યારેક બહુ પાકેલો મોતિયો આખો કાઢતાં મુશ્કેલી પડે તો ન છૂટકે છારી અંદર રહેવા દઈને વચ્ચેથી મોતિયો કાઢવાનો નિર્ણય ડૉક્ટરને કરવો પડે છે.

ટાંકા લેવાની જુદી જુદી પદ્ધતિ

મોતિયો કાઢવા માટે બહારનું પડ કાપ્યું હોય તે પાછું સીવવા માટે એકથી માંડીને આઠ દસ સુધી ટાંકા ડૉક્ટરો લેતા હોય છે. કેટલા ટાંકા આવે એ ડૉક્ટરની ટેવ પર આધાર રાખે છે. એથી ઑપરેશનના સામાન્ય પરિણામમાં કંઈ ફેર પડતો નથી. અમુક ડૉક્ટરો સ્નાયુઓમાં ઓગળી જાય તેવા ટાંકા લે છે. મોટે ભાગે તો બહુ બારીક રેશમી દોરાના ટાંકા લેવાય છે અને થોડા દિવસ પછી રૂઝ આવે એટલે ટાંકા કાઢી નાખવામાં આવે છે.

મોતિયાનું જોડાણ ઢીલું પાડનારી દવા

વૃદ્ધાવસ્થાનો મોતિયો એના જોડાણમાંથી ઉપાડવાનું મુશ્કેલ નથી. પણ ક્યારેક નાની ઉંમરમાં મોતિયાનું ઑપરેશન કરવાનું આવે ત્યારે એ જોડાણ નબળું પાડવા માટે એક નવી નીકળેલી દવા વાપરવાથી ઑપરેશન સહેલું બની જાય છે.

આ દવાનું નામ છે 'આલ્ફા-કાઈમોટ્રિપ્સીન'. 'ઝોનોલાઈસીન' કે 'કવીમોટ્રેસ' નામથી એ બજારમાં મળે છે. આનું ઇન્જેકશન આંખમાં નાખવાથી મોતિયાનું જોડાણ એકદમ ઢીલું પડે છે અને પછી આખો ને આખો મોતિયો સહેલાઈથી કાઢી શકાય છે. ઘડપણના મોતિયામાં આની જરૂર પડતી નથી. વીસથી ચાલીસ વર્ષની વયમાં જો મોતિયાનું ઑપરેશન કરવાનું આવે તો જ આનો ઉપયોગ કરવામાં આવે છે.

ઑપરેશન પછી

ઑપરેશન પછી થોડા કલાકો સાવ ચત્તા, છીંક કે ઉધરસ ખાધા વિના સૂઈ રહેવું પડે છે. બીજા દિવસથી સામાન્ય રીતે અમુક પ્રમાણમાં બેસવાની, પડખાં ફરવાની, ખાવાપીવાની રજા આપવામાં આવે છે. બીજી આંખ પરનો પાટો પણ ખોલી નાખવામાં આવે છે પણ બને ત્યાં સુધી આંખ બંધ રાખીને, જેટલું બને તેટલું ઓછું આંખોનુ હલનચલન કરવું એવી સલાહ આપવામાં આવે છે.

ત્રીજા દિવસથી ઊઠવાની, દાઢી કરવાની વગેરે છુટ્ટી મળે છે અને છઠ્ઠે-સાતમે દિવસે ઘેર જઈ શકાય છે. એકાદ અઠવાડિયા સુધી શરીરને જોર પડે કે શ્રમ પડે એવું કંઈ ન કરવું જોઈએ.

સાતથી દસ દિવસ પછી ઑપરેશનવાળી આંખ ખુલ્લી કરવામાં આવે છે અને બે ચાર દિવસમાં ટાંકા

કાઢી નાખવામાં આવે છે. આંખ ખુલ્લી કર્યા પછી આંખ સાવ બરાબર થઈ જાય ત્યાં સુધી કાળાં ચશ્માં પહેરી રાખવાં પડે છે. આ બધું પતતાં ત્રણેક અઠવાડિયાં લાગે છે. ક્યારેક જ અકસ્માતે ટાંકા તૂટી જાય કે ચેપ લાગે તો બધું સારું થતાં સહેજ ઢીલ થાય છે. એ સિવાય સામાન્ય રીતે આ ઑપરેશનમાં બીજો કંઈ ભય નથી.

દોઢ મહિના પછી ચશ્માં

ઑપરેશન પછી લગભગ છ અઠવાડિયે ચશ્માંનો નંબર કાઢવામાં આવે છે. ઑપરેશન પછી તરત જ તો દૃષ્ટિમાં માત્ર થોડો જ ફાયદો લાગે છે. ખરી દૃષ્ટિ તો નંબરવાળાં ચશ્માં લીધા પછી જ સાંપડે છે. આંખનો કાચ ગયો તેની ખોટ ચશ્માંના કાચે પૂરી પાડવી પડે છે.

ચશ્માંના નંબર, લાંબે જોવાના અને લખવા-વાંચવાના, જુદા જુદા હોય છે. આથી બે જોડી ચશ્માં કે જોડિયા કાચનાં ચશ્માં લેવાં પડે છે. ઑપરેશન પછી સામાન્ય રીતે લાંબે જોવા + ૧૦ અને નજીકનું જોવાના + ૧૩ નંબર લગભગ આવે છે. અમુક સંજોગોમાં આમાં થોડોઘણો ફેરફાર થવાને અવકાશ હોય છે.

આવાં જાડાં ચશ્માં પહેરવાથી શરૂઆતમાં બધું સહેજ મોટું દેખાય છે પણ ધીમેધીમે ટેવાઈ જવાય છે.

બીજી મુશ્કેલી એ પડે છે કે ચશ્માંના કાચમાંથી જુદી જુદી જગ્યાએથી—ઉપર, નીચે, ડાબું, જમણું—જોવાથી

સહેજ વાંકુંચૂકું, ત્રાંસું કે ઝાંખું દેખાય છે. એથી આવાં ચશ્માંવાળાએ બને તેટલું કાચની મધ્યમાંથી જ જોવાની ટેવ કેળવવી પડે છે. ખરો નંબર કાચની મધ્યમાં હોય છે. એટલે નજર ફેરવીને કાચમાંથી જુદી જુદી જગ્યાએ જોવાને બદલે, ડોક ફેરવીને ગમે તે દિશામાં પણ કાચની મધ્યમાંથી જ જોવામાં આવે તો દૃષ્ટિમાં કંઈ વાંધો આવતો નથી.

એક આંખના મોતિયામાં ચશ્માંની મુશ્કેલી

કયારેક એવું બને છે કે દર્દીને એક આંખમાં મોતિયો પાકવા આવ્યો હોય અને એક આંખ સાવ સારી હોય. આવે વખત મોતિયો તો કાઢી નાખવાની જરૂર પડે છે. પણ એ પછી એને ચશ્માં આપવામાં મુશ્કેલી ઊભી થાય છે.

આવાં ચશ્માં, જેમાં એક આંખનો બહુ મોટો નંબર આપવો પડે અને બીજી આંખમાં બિલકુલ નંબર ન હોય એ, પહેરવાથી જોવામાં મુશ્કેલી પડે છે. નંબરનો ઘણો તફાવત હોવાને લીધે બંને આંખોની સરખી દૃષ્ટિ આવતી નથી અને બધું બેવડું દેખાય છે કે મૂંઝવણ થયા કરે છે. કયારેક ચક્કર આવે છે અને માથાનો દુખાવો પણ થઈ જાય છે.

આવી પરિસ્થિતિમાં ચશ્માં વગર ચલાવવું વધારે સલાહભર્યું છે. સારી આંખથી જોઈ શકાય પણ ઑપરેશન કરેલી આંખમાં ચશ્માં વગર તો દૃષ્ટિ થોડીક જ હોય છે

એટલે દર્દીને ક્યારેક અસંતોષ રહે છે. બીજી આંખનો મોતિયો આવે ત્યાં સુધી આમ ચલાવવું પડે છે.

કૉન્ટૅક્ટ લૅન્સથી રસ્તો નીકળે

જ્યારે આવો એક આંખનાં ચશ્માંનો પ્રશ્ન ઊભો થાય ત્યારે એનો એક ઉપાય છે ખરો. આધુનિક શોધનો એ લાભ મળ્યો છે. ચશ્માંને બદલે, ઑપરેશનવાળી આંખમાં, આંખના પડ ઉપર ચોંટાડવાના 'કૉન્ટૅક્ટ લૅન્સ' યોગ્ય નંબરવાળા પહેરવામાં આવે તો સારી દૃષ્ટિ સાંપડે છે.

આ પ્રકારના કાચ પાવલીથી પણ નાના અને એકદમ બારીક હોય છે. ભારતમાં હવે એ બને છે પણ એની કિંમત, એક કાચની લગભગ અઢીસો રૂપિયા જેટલી છે. એટલે એ ખર્ચાળ ઘણા છે અને સામાન્ય ઉપયોગમાં લઈ શકાતા નથી.

જન્મથી થતો મોતિયો

મોતિયો સામાન્ય રીતે તો ઘડપણનો રોગ છે પણ ક્યારેક માતાના અને પેટમાં રહેલ બાળકના પોષણના અભાવને લીધે કે સગર્ભાવસ્થામાં માતાને થયેલ 'વાઈરસ જંતુઓ"ના ચેપને લીધે બાળક જન્મે ત્યારથી જ મોતિયાવાળું હોય છે. ક્યારેક બાળપણમાં મોતિયો થવા લાગે છે. બાળકની કીકી પાછળ સફેદ ડાઘ જેવું દેખાય છે અને એની નજર બરાબર હોતી નથી.

આવો મોતિયો કાઢી શકાતો નથી એટલે જો નજર બહુ બગડી હોય તો બીજા પ્રકારનાં ઑપરેશનો

કરીને પરિસ્થિતિ સુધારવી પડે છે. ઘણુખરું તો આ મોતિયાને અંદર જ ઓગાળી દેવાના પ્રયાસો કરવામાં આવે છે. સામાન્ય રીતે બે, ત્રણ કે ચાર વાર નાનાં નાનાં ઑપરેશનો કરવાં પડે છે.

ડાયાબિટીઝ અને મોતિયો

ડાયાબિટીઝના દરદીઓને મોતિયો પ્રમાણમાં વહેલી ઉંમરે થાય છે અને ઝડપથી પાકી જાય છે. જો બહુ નાની ઉંમરથી આ દર્દ હોય તો જુવાન વયમાં પણ મોતિયો થઈ આવે છે.

આની સારવાર તો સામાન્ય મોતિયા જેવી જ છે. ડાયાબિટીઝને કાબૂમાં લેવાની અને ચેપ ન લાગી જાય એ વિશેની વિશેષ કાળજી લેવી પડે છે એટલું જ વધારે. ડાયાબિટીઝને લીધે આંખનો અંદરનો જ્ઞાનતંતુનો પડદો બગડેલો હોય તો ઑપરેશન પછી પૂરી નજર આ કારણે આવતી નથી.

આંખનાં બીજાં દર્દોને લીધે થતો મોતિયો

આંખના અંદરના કે બહારના કોઈ પડમાં સોજો આવવાથી, જ્ઞાનતંતુનો પડદો ખસી જવાથી, રતાંધળાપણું હોવાથી કે અતિશય ટૂંકી નજરવાળી આંખ હોવાથી અહિર્ગોળ કાચના પોષણમાં ખામી આવે છે. આ કારણે મોતિયો થાય છે. આવો મોતિયો સામાન્ય રીતે કાચના પાછળના પડમાં શરૂ થાય છે અને ઘણા લાંબા

સમય સુધી પાકતો નથી. નજર બગડે એટલે ઑપરેશન કરવું પડે છે. પણ આવા કિસ્સાઓમાં આંખ બીજી રીતે પણ બગડેલી હોવાથી, ઑપરેશનનું પરિણામ સીધા સાદા મોતિયા જેવું આવતું નથી. આંખને મૂઢ માર કે અણી-વાળાં શસ્ત્રોથી ઈજા થઈ હોય એવા સંજોગોમાં કે ઘણી વાર સખત ગરમીમાં કાચ કે લોખંડની ભઠ્ઠીમાં કામ કર-નારને આંખમાં વહેલો મોતિયો થઈ આવે છે.

અણુશક્તિના કારખાનામાં કામ કરનારાઓ રક્ષણમાં બેદરકાર રહે કે ચહેરાના કેન્સરની સારવાર માટે અપાતાં કિરણો આંખમાં વધુ પ્રમાણમાં જાય તોપણ આંખમાં મોતિયો થઈ આવે છે. જાપાન પરના અણુબોંબના હુમલા-માંથી બચેલા ઘણા માણસોને પછીથી આંખમાં મોતિયો થઈ આવ્યો હતો.

આવા કિસ્સાઓમાં ઑપરેશનનું પરિણામ સામાન્ય રીતે સારું જ આવે છે.

શરીરના બીજા રોગોને લીધે પણ મોતિયો થાય

ડાયાબિટીઝ, થાઇરૉઇડ અને પેરાથાઇરૉઇડ અંતઃસ્રાવી ગ્રંથિમાં થતા રોગો, સ્નાયુઓ અને ચામડીના કેટલાક રોગો વગેરેમાં પણ મોતિયો થઈ આવે છે.

આ બધા કિસ્સાઓમાં મુખ્ય રોગ કાબૂમાં આવી શકતો હોય તો મોતિયાના ઑપરેશનનું પરિણામ સાદા મોતિયા જેટલું જ સારું આવી શકે છે.

દસમા વર્ષમાં પ્રગટ થનારી પુસ્તિકાઓ

• સર્વોદય	નારાયણ દેસાઈ
• આંતરરાષ્ટ્રીય કાયદો શું છે?	એ. જી. નુરાણી
• જગતની સંસ્કૃતિઓ	રજનીકાન્ત મોદી
• યુનિસેફ	સરલા જગમોહન
• મોરિશિયસ	મીનુ દેસાઈ
• રમણભાઈ નીલકંઠ	યશવંત દોશી
• રામકૃષ્ણ મિશન	સૌદામિની મહેતા
• કલ્યાણરાજ્ય શું છે?	આબૂ દસ્તુર
• વારસાનો કાયદો	કેશવલાલ શાહ
• આઇન્સ્ટાઇન	મગનવિહારી મહેતા
• આંખનો મોતિયો	ડૉ. શિરીષ જે. ભટ્ટ
• ભારતેન્દુ હરિશ્ચન્દ્ર	અરવિન્દ દેસાઈ
ખ્રિસ્તીઓનો ધર્મ	ઈસુદાસ કવેલી
આંતરરાષ્ટ્રીય નાણું	વાડીલાલ ડગલી
લોકસભામાં એક દિવસ	તારકેશ્વરી સિંહા
અંધજનોનું શિક્ષણ	રાજેન્દ્ર વ્યાસ
લિમિટેડ કંપની શું છે?	મી. ગી. ચોકસી
ફૂટબૉલ	સુરેશ સરૈયા
ગાલિબ	હરીન્દ્ર દવે
કૅન્સર મટી શકે છે	ડૉ. ભાનુ ર. શાહ
રિઝર્વ બૅન્કની કામગીરી	પી. જી. પેંઢારકર
લોહીની કથા	ડૉ. હરેન ચોકસી
અન્ય ગ્રહોની યાત્રા	વિજયગુપ્ત મૌર્ય
ઉપનિષદો	રામપ્રસાદ પ્રે. બક્ષી

• ફૂદડીવાળી પુસ્તિકાઓ પ્રગટ થઈ ગઈ છે

દર મહિને બે પુસ્તિકા પ્રગટ થાય છે. એક પુસ્તિકાની છૂટક કિંમત પચાસ પૈસા. વાર્ષિક લવાજમ દસ રૂપિયા (પરદેશમાં વીસ શિલિંગ)

પરિચય ટ્રસ્ટ, બૉમ્બે મ્યુચ્યુઅલ ચેમ્બર્સ, ચોથે માળે,
૧૯/૨૧ હમામ સ્ટ્રીટ, મુંબઈ–૧. ટે. નં. ૨૫૪૦૫૯

સમય સુધી પાકતો નથી. નજર બગડે એટલે ઑપરેશન કરવું પડે છે. પણ આવા કિસ્સાઓમાં આંખ બીજી રીતે પણ બગડેલી હોવાથી, ઑપરેશનનું પરિણામ સીધા સાદા મોતિયા જેવું આવતું નથી. આંખને મૂઢ માર કે અણીવાળાં શસ્ત્રોથી ઈજા થઈ હોય એવા સંજોગોમાં કે ઘણી વાર સખત ગરમીમાં કાચ કે લોખંડની ભઠ્ઠીમાં કામ કરનારને આંખમાં વહેલો મોતિયો થઈ આવે છે.

અણુશક્તિના કારખાનામાં કામ કરનારાઓ રક્ષણમાં બેદરકાર રહે કે ચહેરાના કૅન્સરની સારવાર માટે અપાતાં કિરણો આંખમાં વધુ પ્રમાણમાં જાય તોપણ આંખમાં મોતિયો થઈ આવે છે. જાપાન પરના અણુબૉંબના હુમલામાંથી બચેલા ઘણા માણસોને પછીથી આંખમાં મોતિયો થઈ આવ્યો હતો.

આવા કિસ્સાઓમાં ઑપરેશનનું પરિણામ સામાન્ય રીતે સારું જ આવે છે.

શરીરના બીજા રોગોને લીધે પણ મોતિયો થાય

ડાયાબિટીઝ, થાઇરૉઇડ અને પૅરાથાઇરૉઇડ અંતઃસ્રાવી ગ્રંથિમાં થતા રોગો, સ્નાયુઓ અને ચામડીના કેટલાક રોગો વગેરેમાં પણ મોતિયો થઈ આવે છે.

આ બધા કિસ્સાઓમાં મુખ્ય રોગ કાબૂમાં આવી શકતો હોય તો મોતિયાના ઑપરેશનનું પરિણામ સાદા મોતિયા જેટલું જ સારું આવી શકે છે.

લોહીની કથા

ડૉ. હરેન ચોકસી

ડૉ. શિરીષ જે



ડૉ. શિરીષ જટાશંકર ભટ્ટનુ મૂળ વતન ચોરવાડ છે. એમનો જન્મ મુંબઈમાં થયો હતો અને અભ્યાસ પણ મુંબઈમા ગોકળીબાઈ હાઈસ્કૂલ, એલ્ફિન્સ્ટન કૉલેજ અને જી. એસ. મેડિકલ કૉલેજમાં થયો.

એમ બી બી. એસ. પછી ચાર વર્ષ સુધી કે. ઈ. એમ. હૉસ્પિટલમા એમણે આંખના દર્દો અને ઑપરેશનની તાલીમ લીધી ત્યાં જ તેમણે ડી. ઓ. એમ એસ અને એમ. એસ (મુંબઈ યુનિવર્સિટી) ની ડિગ્રીઓ મેળવી.

એમ બી બી. એસ ના અભ્યાસ દરમ્યાન તેમને મેડિસિનના વિષયમા સુવર્ણચંદ્રક મળ્યો હતો એમ એસ ના અભ્યાસ દરમ્યાન એમણે રતાંધળાપણાના નવા પ્રકારના ઑપરેશન ઉપર સંશોધન કર્યું હતું અને એ જ વિષય પર એમ. એસ ની પરીક્ષા માટે મહાનિબંધ લખ્યો હતો.

તેઓ આંખના દર્દોના નિષ્ણાત તરીકે મુંબઈમા ખાનગી પ્રૅક્ટિસ કરે છે. રામવાડી આંખની હૉસ્પિટલ તથા મુંબઈ મ્યુનિસિપાલિટીની આંખની હૉસ્પિટલમા આંખના આનરરી સર્જન તરીકે પણ તેઓ કામ કરે છે

ત્રાંસી આંખના ઇલાજમાં તેમને વિશેષ રસ છે. શતરંજની રમતનો અને ત્યાનો તેમને શોખ છે

૧૯૫૮મા તેમણે સુચેતા પાઠક સાથે લગ્ન કર્યું છે તેમને નીતુલ નામે એક પુત્ર છે.

પ્રકાશક

યશવન્ત દોશી
પરિચય ટ્રસ્ટ
બોમ્બે મ્યુચ્યુઅલ ચેમ્બર્સ,
૧૯/૨૧, હમામ સ્ટ્રીટ, મુંબઈ-૧

મુદ્રક

અનંત જે શાહ
લિપિકા પ્રેસ,
મ વ રોડ,
મુંબઈ-૫૯

પહેલી આવૃત્તિ

[illegible] પૈસા

ઑક્ટોબર ૧૯૬૮

કવર ડિઝાઇન : વી એન ઓક

લોહીની કથા

મનુષ્ય અને અન્ય વિકસિત પ્રાણીઓનું લોહી એ કુદરતની એક કરામત છે. શરીરના લગભગ દરેક કોષ સાથે સંપર્કમાં રહેતું આ અનેરું પ્રવાહી અગણિત કાર્યોને આસાનીથી ઉકેલે છે. એ વહે છે ત્યાં સુધી જ જીવનું જીવન છે. વિજ્ઞાનના વિકાસમાં લોહીના અભ્યાસે અમૂલ્ય ફાળો આપ્યો છે. રોગોનાં નિદાન, વિવિધ અંગો અને ગ્રંથિઓની કાર્યક્ષમતા અને ઔષધોની અસર—આ સૌની સમજ લોહીની તપાસ વિના લગભગ અશક્ય છે.

લોહીની વિશિષ્ટતાને માનવીએ સદીઓથી ઓળખી છે. અનેક અંધશ્રદ્ધાઓને પણ આથી જન્મ મળ્યો છે. જાતિ, વર્ણ, કુળ અને સંસ્કારની 'ઉચ્ચતા' અને 'અધમતા'નું કારણ લોહીનો તફાવત જ લેખાયો છે. આવી અંધશ્રદ્ધાઓને પણ લગભગ બધી જ સંસ્કૃત અને અસંસ્કૃત પ્રજાઓએ પોષી છે.

પ્રાણીઓના વિકાસ સાથે એના લોહીની રચના અને એના વહન માટેની વાહિનીઓમાં વિકાસ જોવા મળે છે. તદ્દન સામાન્ય કીડાઓમાં લોહી હોતું નથી. સાધારણ રીતે વિકસિત કીડાઓમાં લોહી જેવું પ્રવાહી જોવા મળે છે પરંતુ એ કાં તો

શરીરમાં અંગોની વચ્ચે છૂટું હોય છે અથવા તો એકાદ બે મોટી વાહિનીઓમાં વહે છે.

કરોડવાળાં પ્રાણીઓમાં લોહી વહેવા માટે હૃદય અને વાહિનીઓની ઉત્તરોત્તર સુધરતી રચના જોવા મળે છે. દુધાળાં પ્રાણીઓમાં એ શ્રેષ્ઠ છે. આ પ્રાણીઓમાં શરીરનું ઉષ્ણતામાન જાળવવાની એક અગત્યની વધુ જવાબદારી લોહીને ઉઠાવવી પડે છે.

લોહીમાં શું શું હોય?

શરીરના દરેક અંગનું મુખ્ય ઘટક 'કોષ' છે. લોહીમાં અને બીજાં અંગોમાં મુખ્ય ફરક એ છે કે લોહીમાં કોષો માત્ર ૪૫ ટકા હોય છે અને બાકીના ૫૫ ટકા 'પ્લાઝમા' નામે ઓળખાતું પ્રવાહી હોય છે. આવી રચનાથી લોહી સરળતાથી વહી શકે છે.

કોષો

લોહીના કોષો ત્રણ જાતના હોય છે.

૧. રક્ત કણ : હીમોગ્લોબિન નામના પ્રોટીનના પ્રતાપે એનો રંગ લાલ હોય છે. આ ગોળાકાર કણને બાજુ પરથી જોઈએ તો એ વચ્ચેથી ચપટો અને આજુબાજુ સાધારણ રીતે ફૂલેલો હોય છે. આ આકારને કારણે કણનું ક્ષેત્રફળ ઘણું વધે છે અને વાયુઓની આપલે બહુ સહેલાઈથી થઈ શકે છે. રક્ત કણની બીજી વિશિષ્ટતા એ છે કે એમાં

ન્યુક્લિયસ (Nucleus) હોતું નથી. શરીરના બીજા લગભગ બધા જ કોષોમાં એ હોય છે. એની સરળ રચનાને કારણે એને પોષણ ઓછું જોઈએ છે.

૨. શ્વેત કણ : રક્ત કણથી કદમાં કંઈક અંશે મોટા આ કોષો સંખ્યામાં ઘણા નાના પ્રમાણમાં હોય છે. શરીરના સંરક્ષણમાં તેઓ અગત્યનો ભાગ ભજવે છે.

૩. પ્લેટલેટ (Platelet) : આ કોષો રક્ત કણોની જેમ ન્યુક્લિયસ વિનાના હોય છે અને કદમાં રક્ત કણથી ચોથા ભાગના હોય છે. આ અતિ સૂક્ષ્મ કણો લોહીના બાઝવાની પ્રક્રિયામાં અગત્યનાં છે.

એક ક્યુબિક મિલિલિટર લોહીમાં (એક ચમચીમાં ચાર હજાર ક્યુબિક મિલિલિટર રહે) પચાસ લાખ રક્ત કણ, પાંચથી દશ હજાર શ્વેત કણ અને દોઢથી ચાર લાખ પ્લેટલેટ હોય છે. કાચની સ્લાઇડ ઉપર લોહીને પાથરી દઈ શ્વેત કણોને સૂક્ષ્મદર્શક યંત્રથી તપાસીએ તો પાંચ જુદી જુદી જાત જોવા મળે છે. આ સૌનું પ્રમાણ જાણવું એ એક અગત્યની તપાસ છે.

પ્લાઝમા

આ પીળાશ પડતા રંગના પ્રવાહીમાં સો સીસી (ક્યુબિક સેન્ટિમીટર)માં આશરે સાત ગ્રામ પ્રોટીન હોય છે. એ ઉપરાંત સાકર, ચરબી, વિટામિનો, ખનીજો, ક્ષારો, શરીરની ગ્રંથિઓના અમૂલ્ય રસો અને બીજા અનેક પદાર્થો હોય છે.

લોહીનું વહન

શરીરનાં અનેક અંગોના અગણિત કોષો સાથે લોહી સંપર્ક રાખે છે અને એમની જરૂરિયાતો પૂરી પાડે છે. આ માટે હૃદય એક પંપનું કામ કરે છે. હૃદયના બે મુખ્ય ભાગો છે. જમણો ભાગ આખા શરીરમાંથી શિરાઓ મારફત આવતું અશુદ્ધ લોહી ભેગું કરી એને ફેફસાંઓમાં મોકલી આપે છે. અહીં લોહીને પ્રાણવાયુ (ઑક્સિજન) મળે છે અને કાર્બન ડાયૉક્સાઈડ બહાર નીકળી જાય છે. આ શુદ્ધ લોહી હૃદયની ડાબી બાજુના ખાનામાં જાય છે અને અહીંથી ધમનીઓ મારફતે શરીરના અંગેઅંગમાં અસંખ્ય રક્તવાહિનીઓમાં પહોંચી જાય છે. આ અતિસૂક્ષ્મ વાહિનીઓની દીવાલ બહુ જ પાતળી હોય છે. અને આથી લોહી અને શરીરના કોષો વચ્ચે જરૂરી પદાર્થો અને વાયુઓની આપલે સરળતાથી થઈ શકે છે. આમ વપરાશ બાદનું લોહી ઑક્સિજન ઓછો થતાં અને કાર્બન ડાયૉક્સાઈડ વધતાં શિરાઓ મારફત હૃદયની જમણી બાજુ પાછું ફરે છે.

લોહીના ભ્રમણની આ વ્યવસ્થા જગતની કોઈ પણ વાહન-વ્યવહારની વ્યવસ્થા કરતાં વધુ ચોક્કસ અને નિયમિત છે. શરીરની બધી લોહીની શિરાઓની કુલ લંબાઈ લગભગ પોણોથી એક લાખ માઈલ લાંબી થાય છે! લોહી આ બધા માર્ગોમાં એકધારી વ્યવસ્થિત રીતે શરીરના કેટલાયે જાતના સ્નાયુઓના કરોડો કોષોને પોષક પદાર્થો પહોંચાડયા કરે છે અને નકામા પદાર્થોને ઘસડી જઈને, શરીરના બિનજરૂરી પદાર્થો બહાર કાઢતા અવયવોને આ કચરો પહોંચાડી દે છે.

લોહીનુ ભ્રમણ દરેક અવયવની કામગીરી અને જરૂરિયાત પ્રમાણે વહેંચાયેલું હોય છે. કિડનીઓ, મગજ અને હૃદયમા શરીરનું અર્ધા ઉપરાત લોહી ભમ્યા કરતું હોય છે. બાકીનુ અર્ધું, શરીરના બાકીના વિશાળ પટમા વહેંચાયેલુ ફરે છે.

લોહીનાં કાર્યો

૧. પૃથ્વીના પ્રત્યેક જીવને માટે પ્રાણવાયુ અનિવાર્ય છે. વિકસિત પ્રાણીઓના શરીરના પ્રત્યેક કોષને પ્રાણવાયુ પહોચાડવાનુ અને ત્યા દહનક્રિયાને પરિણામે ઉત્પન્ન થતા કાર્બન ડાયૉક્સાઈડને ફેફસા સુધી લઈ જવાનુ કામ લોહીનું છે. લોહીમા હીમોગ્લોબિન નામનુ પ્રોટીન છે જે પ્રાણવાયુનું વહન કરવા માટે આદર્શ છે એક સો મીસી (૧/૧૦ લિટર) લોહીમા આશરે ૧૫ ગ્રામ હીમોગ્લોબિન હોય છે આટલુ બધુ હીમોગ્લોબિન જો છૂટુ હોય તો લોહી ડામર જેવુ ઘટ્ટ બની જાય અને વહેતુ બધ થઈ જાય આ માટે રક્ત કણોનુ પ્રકૃતિએ સર્જન કર્યું છે આ નાના નાના કોષોમા બધુ હીમોગ્લોબિન સમાયુ હોય છે એક ચલાણુ ભરાય એટલા લોહીમા આખી ધરતીની માનવવસ્તીથી સોગણુ વધુ રક્ત કણો હોય છે

૨ લોહીના શ્વેત કણો શરીરના સરક્ષણમા અગત્યનો ભાગ ભજવે છે જીવાણુઓ (બૅક્ટીરિયા)ને ખાઈ અને પચાવી જવાની તેમની શક્તિ અને જરૂર પડે મોટી સખ્યામા શરીરની રક્તવાહિનીઓની બહાર નીકળી જીવાણુઓ ઉપર તૂટી પડવાની શ્વેત કણોની તત્પરતાને કારણે જ જીવાણુ ઓના હુમલા ખાળી શકાય છે

આ શ્વેત કણોનો ઘાટ એકકોષી જીવ 'અમીબા'ની જેવો હોય છે અને એ 'અમીબા'ની જેમ જ રક્તવાહિનીની સૂક્ષ્મ અંતિમ શાખાઓના પડને છેદીને બહાર નીકળી શકે છે. આ કણો કોઈ ભેદી શક્તિના જોરે, લોહચુંબકની જેમ જ જાણે, શરીર પર હુમલો કરનારા જીવાણુઓ–બૅક્ટીરિયા–પ્રત્યે આકર્ષાય છે. આ શ્વેત કણો ઝપાટાબંધ આવા જીવાણુઓને ઘેરી વળી, પોતાના પડમાં કાણું પાડી, તેઓને ઓહિયા કરી જાય છે.

હુમલાનો પ્રતિકાર

શરીરમાં કોઈ પણ જગ્યાએ બૅક્ટીરિયાનો હુમલો થાય કે ત્યાં કરોડોની સંખ્યામાં આવા શ્વેત કણો પહોંચી જાય છે. આપણે જેને 'પરુ' અથવા 'રસી' કહીએ છીએ તે સંખ્યાબંધ શ્વેત કણો અને નાશ પામેલ બૅક્ટીરિયાનું બનેલું હોય છે.

શ્વેત કણોના આ પ્રતિકારકાર્યમાં લોહીનાં બીજાં તત્ત્વો પણ મદદ કરે છે. પ્લાઝમામાં 'ફાઈબ્રીનોજન' નામનો પદાર્થ હોય છે તે આવા પરુની આજુબાજુ ઘટ્ટ થઈને એક દીવાલ રચી દે છે. આની અંદર બધા બૅક્ટીરિયા અને નાશ પામેલા શ્વેત કણો પુરાઈ જાય છે અને ગૂમડું કે 'ઍબ્સેસ'ની રચના થાય છે. આવા સામનાથી હુમલો કરનારાં ઘેરાઈ જતાં, ચેપ આગળ ફેલાતો નથી અને શ્વેત કણોના ભોગે આખા શરીરનું રક્ષણ થાય છે. આવું રક્ષણ ન થતું હોય તો શરીરમાં ક્યાંયે રસી થાય તો તે બધે

ફેલાઈ જાય અને કાકડા કે ઍપેન્ડિસાઇટિસ પણ જીવલેણ નીવડે.

૩. વહેતા લોહીમાં એક વિશેષ ગુણ છે કે શરીરની બહાર નીકળતાં જ તે આપોઆપ જામી જાય છે. આ એક ગુણ જો ન હોય તો નાનાસરખા એક ઘામાંથી એટલો રક્તપાત થાય કે જીવનનો અંત આવી જાય. આ માટે પ્લેટલેટ નામના કણો અને લોહીનાં બીજાં બાર રસાયણો જવાબદાર છે.

લોહી, એની વાહિનીઓમાંથી બહાર આવતાંની સાથે જ થીજી જાય છે; પછી ભલે તે શરીરની બહાર હોય કે શરીરની અંદર હોય. લોહીના પ્રવાહી ભાગમાં એવાં તત્ત્વો હોય છે કે ઈજા થતાં જ, એમાં ફેરફારો થઈ ને એ થીજી જાય એવી શક્તિ આવી જાય છે અને પ્રવાહી લોહી ગઠ્ઠા જેવું થઈ જાય છે. લોહીની તૂટેલી નસોનાં છિદ્રો પણ પ્લેટલેટના કણો આવીને પૂરવા લાગે છે અને કપાયેલી નળીઓના છેડાઓ સંકોચાવા લાગે છે. વધુ લોહી વહેતું અટકાવવાની આ કુદરતી પ્રક્રિયાને હજુ પૂરેપૂરી સમજી શકાઈ નથી.

ઈજા થવા પામે ત્યારે લોહી થીજી જાય છે પણ સામાન્ય રીતે વહેતું લોહી થીજી જતું નથી. પણ જ્યારે રક્તવાહિનીઓમાં કંઈ કારણે અંદરના ભાગમાં પણ ઈજા થાય ત્યારે આ કુદરતી સંરક્ષણ જ ઊલટું નુકસાનકર્તા નીવડે છે. આવી ઈજા થયેલી કે ખરબચડી થયેલી નળીમાં લોહી બાઝી જાય છે; અને ક્યારેક નળી સંપૂર્ણ પુરાઈ જાય છે. આવી રક્તવાહિની જો શરીરના અગત્યના

અવયવમાં લોહી લઈ જતી હોય તો ગંભીર પરિસ્થિતિ ઊભી થાય છે. આ પ્રક્રિયાને 'થ્રોમ્બોસિસ' કહે છે. મગજની રક્તવાહિનીઓમાં અગત્યની શાખાઓમાં 'થ્રોમ્બોસિસ' થાય તો પક્ષઘાત કે મૃત્યુ નીપજે છે. હૃદયની રક્તવાહિનીઓમાં આવું 'થ્રોમ્બોસિસ' થાય ત્યારે 'હાર્ટ ઍટેક' આવે છે.

આવા થીજેલા લોહીમાંથી ગઠ્ઠો છૂટો પડીને આગળની કોઈ રક્તવાહિનીને પૂરી દે ત્યારે એને 'એમ્બોલસ' (Embolus) કહેવાય છે. આમ લોહીનો થીજવાનો ગુણ જ્યારે દોષ બનીને ઊભો રહે છે ત્યારે ચિંતાજનક પરિસ્થિતિ ઊભી થાય છે.

૪. શરીરનાં વિવિધ અંગોને તેમના રોજિંદા નિભાવ તેમ જ વિકાસ માટે પોષક તત્ત્વો લોહી પહોંચાડે છે. આમાં સાકર, પ્રોટીન, ચરબીઓ, વિટામિનો, ધાતુઓ અને શરીરની ગ્રંથિઓના રસો (હોર્મોન)નો સમાવેશ થાય છે.

૫. શરીરમાં ઉત્પન્ન થતાં ક્ષારો અને ઝેરી તત્ત્વોને લીવર અને મૂત્રપિંડો સુધી લઈ જનાર લોહી છે. આકસ્મિક રીતે શરીરમાં પ્રવેશેલાં ઝેરી તત્ત્વોનો પણ એ જ રીતે લોહી ફેંસલો કરે છે.

૬. શરીરમાં પાણી, ક્ષારો અને ઍસિડમાં વધારો-ઘટાડો ન થાય તે જોવાનું અને યોગ્ય પ્રમાણ જાળવવાનું કામ પણ લોહી જ કરે છે.

૭. લોહીમાં વહેતાં 'ઍન્ટીબૉડી' શરીરનાં સંરક્ષણ માટે અનિવાર્ય છે. શરીરમાં પ્રવેશતાં જીવાણુઓ, ઝેરો અને બાહ્ય પદાર્થોની સામે શરીર આ ખાસ જાતનાં રસાયણ તૈયાર કરે છે. લોહીમાં એ ચોકીદારોની જેમ ફરે છે અને જે પદાર્થને નાબૂદ કરવા એ સર્જાયાં હોય એને નાબૂદ કરે છે.

જાતજાતનાં વૅક્સિનો (રસીઓ) મુકાવવાનો આશય રોગના કારણભૂત જંતુઓની સામે ઍન્ટીબૉડી તૈયાર કરવાનો જ હોય છે, જે જરૂર પડે સંરક્ષણમાં અગત્યનો ફાળો આપે છે. શરીરમાં આ ઍન્ટીબૉડી તૈયાર થવાના કારણે જ ઘણા ચેપી રોગો એક જ માણસને બે વાર લાગુ પડતા નથી.

ધનુર, ડિપ્થેરિયા વગેરે રોગોમાં અપાતા 'એન્ટીસીરમ' (એ. ટી. એસ. વગેરે) ઘોડા જેવા પ્રાણીના લોહીમાંથી મેળવેલ ઍન્ટીબૉડી હોય છે.

કેટલું લોહી હોય?

શરીરના એક કિલોગ્રામ વજન દીઠ આશરે ૭૫ સીસી લોહી હોય છે. સાઠ કિલો વજનના માણસમાં આમ લગભગ પાંચેક લિટર લોહી હોય. ટૂંકમાં શરીરના વજનના લગભગ તેરમા ભાગનું લોહી હોય છે. આમાંથી ૪૫ ટકા કોષો હોય અને બાકીના ૫૫ ટકા પ્રવાહી પ્લાઝમા. બીમારીઓમાં લોહીના વિવિધ ઘટકોમાં વધારો-ઘટાડો થાય છે પરંતુ એનું પ્રમાણ લાંબા સમય માટે ઘટે કે વધે નહિ. તપાસ માટે બેથી દશ

ગીમી લોહી ઘણી વાર લેવામા આવે છે આટલુ લોહી કાઢવાથી જમે તેવા રોગથી પીડાતા દરદીને કઈ પણ માઠી અસર ન પહોચે

લોહી કેમ બને?

શરીરનુ લોહી સતત બદલાતુ રહે છે લોહીના કોષો કા તો વપરાઈ જાય છે અથવા જર્જરિત થવાથી એમનો નાશ થાય છે આ કોષોનુ નર્જન ખાસ કરીને હાડકાઓમા થાય છે હાડકા પોલા હોય છે અને એના ગર્ભમા લોહીના કોષો બનાવવાના વિશાળ કારખાનાઓ ચાલતા હોય છે એક મિનિટમા લગભગ સાત કરોડ રક્ત કણો પેદા થાય છે અને નાશ પામે છે એટલે શરીરમા ૩૦થી ૫૦ હજાર કરોડ રક્ત કણો દરરોજ બનતા હોય છે! વળી જો લોહી વહી ગયુ હોય અથવા એનો બહુ ઝડપથી નાશ થતો હોય તો આવી ચાર ગણી ઝડપે પણ આસાનીથી રક્ત કણો તૈયાર થઈ શકે છે! એક રક્ત કણ સામાન્ય રીતે સો દિવસનુ આયુષ્ય ભોગવે છે

શ્વેત કણનુ જીવન માત્ર એકથી ચાર દિવસનુ હોય છે અને આમ એ વધુ ઝડપે બદલાતા હોય છે

પ્લાઝમાના પ્રોટીન સા ર, ચરબીઓ વગેરે જરૂરિયાત પ્રમાણે ખાસ કરીને લીવર પૂરા પાડે છે

લોહીમાનારક્તકણોનોનાશ ખાસ કરીને બરોળ(સ્પ્લીન)મા અને એથી ઓછે અશે હાડકાના પોલાણોમા અને લીવરમા ય છે નાશ થયા બાદ હીમોગ્લોબિનમાથી પ્રોટીન જુદુ ડવામા આવે છે બાકી રહેલા પદાર્થને 'હીમ' કહે છે

આમાંથી લોખંડને જુદું પાડી તેનો ફરી ઉપયોગ કરવામાં આવે છે. બાકી રહેલા ભાગમાંથી બિલિરુબિન (Bilirubin) બને છે. પ્લાઝમામાં જે પીળાશ છે તે એને લીધે છે. આ પદાર્થને લીવર પિત્ત (Bile) વાટે આંતરડામાં કાઢી નાખે છે. પિત્તનો લીલો રંગ અને મળનો રંગ એ સૌ બિલિરુબિન અને એમાં ફેરફારોથી ઉત્પન્ન થતા પદાર્થોને કારણે હોય છે. લોહીનો જ્યારે બહુ ઝડપથી નાશ થતો હોય ત્યારે, લીવર રોગિષ્ઠ હોય ત્યારે અથવા પિત્ત બરાબર આંતરડામાં વહી શકતું ન હોય ત્યારે લોહીમાં આ બિલિરુબિનનું પ્રમાણ બહુ વધી જાય છે અને ચામડી અને શરીરનાં અંગો એનાથી રંગાઈ જાય છે. આને જ આપણે કમળો કહીએ છીએ.

લોહી અને આહાર

લોહીમાં વિવિધ ઘટકો ઘણી ઝડપથી બદલાતા રહે છે અને પરિણામે એનું નવસર્જન થતું રહે છે. આમાં રક્ત કણો અને પ્લાઝમાનાં પ્રોટીન વધુ અગત્યનાં છે કારણકે આહારની ખામીની અસર એમના ઉપર જલદીથી પડે છે. સમતોલ આહાર અને લોહીની હાલત એકમેક સાથે સંકળાયેલાં છે.

પ્રોટીન : આહારમાં યોગ્ય પ્રમાણમાં પ્રોટીન હોવાં બહુ જ આવશ્યક છે. પ્રોટીનની ખામીની માઠી અસર લોહી ઉપર તરત પડે છે. પ્લાઝમાનાં પ્રોટીન ઘટી જાય છે અને એથી પગે સોજા ચડી આવે છે. આ ઉપરાંત રક્ત કણોનું સર્જન પણ ઘટી જાય છે અને ઍનીમિયા થાય છે.

પ્રોટીન બે જાતનાં હોય છે: પ્રાણીજન્ય અને વનસ્પતિજન્ય. આમાં પ્રાણીજન્ય વધુ ચડતા પ્રકારનાં હોય છે અને અમુક અંશે ખોરાકમાં એની હાજરી અનિવાર્ય છે. પ્રોટીનનો ઘટક ઍમિનો ઍસિડ હોય છે. ઍમિનો ઍસિડ ઘણી જાતના હોય છે અને તેઓના જુદા જુદા પ્રમાણના કારણે પ્રોટીનો જુદી જુદી જાતનાં હોય છે. શરીરમાં કેટલાક ઍમિનો ઍસિડ બને છે અને કેટલાક નથી બનતા. જે ન બનતા હોય તે પ્રકારના ઍમિનો ઍસિડ આપણે ખોરાકમાંથી મેળવવા રહ્યા. પ્રાણીજન્ય પ્રોટીનો આવા ઍમિનો ઍસિડથી સમૃદ્ધ હોય છે. શાકાહારી ખોરાકમાંથી આ આવશ્યક ઍમિનો ઍસિડ મેળવવા મુશ્કેલ હોય છે અને માત્ર દૂધમાં જ તે હોવાથી દૂધ શાકાહારીઓ માટે ઘણું જ આવશ્યક છે.

પ્રોટીનયુક્ત પદાર્થો : માંસ, માછલી, ઈંડાં, દૂધ અને કઠોળમાંથી આપણને વધુ પ્રમાણમાં પ્રોટીન મળી રહે છે. મકાઈ, ઘઉં, જુવાર અને ચોખામાં ઊતરતે ક્રમે ઓછા પ્રમાણમાં પ્રોટીન હોય છે.

પ્રોટીન ઉપરાંત લોહી બનાવવા માટે મુખ્યત્વે લોહ, વિટામિન 'બી ૧૨', બીજાં 'બી' વિટામિનો અને વિટામિન સી જરૂરી છે. આમાંથી લોહ, ખાસ કરીને માંસ અને લીલાં શાકભાજીમાંથી મળે છે. વિટામિન બી અને સી શાકભાજી અને ફળોમાંથી મળે છે.

લોહીના રોગો

લોહીના રોગો અસંખ્ય છે. એ રોગોના અભ્યાસશાસ્ત્રને હિમેટોલૉજી કહે છે. લોહીના કેટલાક અગત્યના રોગોની પ્રાથમિક સમજણ મેળવવાનો આપણે પ્રયત્ન કરીશું.

ઍનીમિયા

લોહીની આ બહુ જ સામાન્ય રીતે જોવા મળતી બીમારી છે. લોહીમાં હીમોગ્લોબિન અને રક્ત કણોનું પ્રમાણ ઘટી જાય તેને ઍનીમિયા કહે છે. શરીરનાં અંગોની કાર્યક્ષમતા માટે યોગ્ય પ્રમાણમાં ઑક્સિજન મળવો જરૂરી છે. લોહીમાં ઑક્સિજનનું પ્રમાણ ઓછા હીમોગ્લોબિનને કારણે ઘટી જાય છે અને એથી જ નબળાઈ, બેચેની, સ્ફૂર્તિ ઘટવી વગેરે ચિહ્નો જોવા મળે છે. વળી લોહીનું વહન ઝડપથી થાય તો જ ઑક્સિજનની ખોટ કંઈક પુરાય. આથી હૃદયનું કામ વધે છે અને થડકો, શ્વાસ ચડવો, સોજા ચડવા વગેરે થાય છે. જો ઍનીમિયા ઉત્તરોત્તર વધે તો હૃદય ઉપરનો બોજો વધતો જાય છે અને છેવટે હૃદયની અશક્તિ જીવલેણ નીવડે છે. સદ્‌ભાગ્યે સામાન્ય રીતે ઍનીમિયા જલદી પકડાય છે અને મોટા ભાગના દરદીઓને યોગ્ય સારવારથી રાહત મળે છે. સારવાર કરતાં પહેલાં ઍનીમિયાનું કારણ જાણવું જરૂરી છે. કારણ નાબૂદ થાય તો જ ઍનીમિયા જાય. વળી ઍનીમિયાનું કારણ શોધતાં ઘણી વાર કેટલાક ગંભીર રોગો પકડાય છે અને સમયસર પકડાવાથી ક્યારેક તેમનો સફળતાથી સામનો પણ કરી શકાય છે.

ઍનીમિયાનાં કારણો

૧. રક્તપાત : શરીરમાંથી લોહી બહાર વહી જાય ત્યારે ઍનીમિયા થાય. ઈજાઓને કારણે મોટા પ્રમાણમાં લોહી એક સાથે વહી જાય ત્યારે અથવા નાના પ્રમાણમાં બહુ લાંબા સમય સુધી લોહી જાય ત્યારે ઍનીમિયા થાય છે.

નાના પ્રમાણમાં લોહી હરસ, પેટમાં ચાંદું, વધુ પડતો રક્તસ્રાવ, પેટમાં કેટલાક પ્રકારના કીડાઓ હોવા અને ક્ષય, કેન્સર વગેરે બીમારીઓમાં જાય છે. લાંબા ગાળે આની માઠી અસર થાય છે.

૨. **રક્તનાશ :** આપણે જોયું કે એક રક્ત કણ સામાન્ય રીતે એકસો દિવસ જીવે છે. ઘણા રોગોમાં રક્ત કણોનું આયુષ્ય ઘટી જાય છે અને આમ ઝડપથી રક્તનાશ થવાથી ઍનીમિયા થાય છે. આવા ઍનીમિયાને હીમોલીટિક (Haemolytic) ઍનીમિયા કહે છે.

રક્તનાશ કાં તો જન્મથી જ રહેલો દોષ હોય અથવા રોગોનું પરિણામ હોય. જન્મજાત દોષ હોય ત્યારે હીમોગ્લોબિન સામાન્ય રીતે હોય એનાથી જુદા પ્રકારનું હોય છે. સામાન્ય હીમોગ્લોબિનને હીમોગ્લોબિન A કહે છે. આને બદલે વધુ પ્રમાણમાં F, C, D, S વગેરેમાંના કોઈ હીમોગ્લોબિનની હાજરીને કારણે રક્ત કણોનું આયુષ્ય ઘટે છે. આ ઉપરાંત રક્ત કણોના અસામાન્ય આકારને કારણે પણ ઝડપથી રક્તનાશ થાય છે.

જન્મજાત દોષો સિવાય મૅલેરિયામાં, દવાઓની માઠી અસરના પ્રતાપે અને ભાગ્યે જ થતા બીજા ઘણા રોગોમાં રક્તનાશ થાય છે.

વધુ પડતો રક્તનાશ થાય ત્યારે ઍનીમિયાની સાથે કમળો પણ હોય છે અને એ ખાસિયતથી આવા ઍનીમિયાનું નિદાન થાય છે.

૩. ઍનીમિયા થવાનું સૌથી અગત્યનું કારણ રક્ત કણોનું સર્જન ઘટી જાય તે છે. સર્જન ઘટવાનાં અગણિત કારણો હોય છે. કેટલાંક મહત્ત્વનાં કારણો આ છે :

(અ) આહારમાં જરૂરી પોષક તત્ત્વોનો અભાવ: આમાં પ્રોટીન, લોખંડ અને વિટામિનો મુખ્ય છે. ભારત જેવા ગરીબ દેશમાં મોટા ભાગના ઍનીમિયાના દરદીઓ અસમતોલ આહારને કારણે જ રોગોથી પીડાતા હોય છે. આહારની અપૂર્ણતા એ ઍનીમિયાનું સૌથી અગત્યનું કારણ છે.

(બ) કિડનીના રોગો, સાંધાના કેટલાક રોગો, ક્ષય વગેરે બીમારીઓમાં રક્તસર્જન ઘટી જાય છે.

(ક) લોહીના કૅન્સરમાં રક્ત કણોનું સર્જન ઘટી જાય છે.

(ડ) કેટલીક દવાઓ ક્યારેક હાડકાના ગર્ભ ઉપર માઠી અસર પહોંચાડે છે અને રક્તસર્જન ઘટી જાય છે.

(ઈ) શરીરના કોઈ પણ અંગમાં કૅન્સર થાય અને એ હાડકાંઓના ગર્ભમાં ફેલાય ત્યારે લોહી બનતું ઓછું થાય છે.

ઍનીમિયાનું કારણ જાણવા કેટલીક વાર ઘણી તપાસો કરવી પડે છે, પરંતુ આ તપાસો જરૂરી છે કારણ કે કોઈ ગંભીર રોગ ક્યારેક આમ જ મળી આવે છે.

એનીમિયાની સારવારમાં મૂળ રોગની સારવાર કરવામાં આવે છે. પોષક તત્ત્વોની ખામી હોય તો એ પૂરાં પાડવામાં આવે છે. અનીમિયા બહુ ગંભીર હોય અથવા કારણભૂત રોગ જો નાબૂદ થાય એમ ન હોય તો લોહી અવારનવાર આપવું પડે છે. લોહીમાંથી પ્રવાહી ઘણુંખરું કાઢી નાંખીને માત્ર કણો જ જુદા પાડીને પણ નસ દ્વારા આપી શકાય છે. જ્યારે પ્રવાહી ઓછું આપવાની જરૂર હોય કે હૃદય ઉપર બોજો પડે એવું હોય ત્યારે આ રીતે લોહી આપવું પડે છે.

લોહીનું કેન્સર (Leukaemia)

લોહીના શ્વેત કણોની આ બીમારી છે. સામાન્ય રીતે આમાં શ્વેત કણોની સંખ્યા ઘણી જ વધી પડે છે. આ કણો દેખાવમાં આરોગ્યમાં જોવા મળતા કણોથી જુદા હોય છે અને એમની કાર્યક્ષમતા પણ ઓછી હોય છે.

લોહીના કેન્સરના ઘણા પ્રકારો હોય છે. તરતના જન્મેલ બાળકથી માંડીને વયોવૃદ્ધ સુધી કોઈને પણ એ લાગુ પડે છે. શરૂઆતથી જ શરીરમાં ઠેર ઠેર પ્રસરેલ હોવાથી એમાં શસ્ત્રક્રિયાથી આરામ પહોંચાડી શકાતો નથી. આધુનિક દવાઓથી અને રક્તદાનથી રોગીનું જીવન લંબાવી શકાય છે અને એની વેદના ઘટાડી શકાય છે પરંતુ આ રોગની નાબૂદીની ચાવી હજુ હાથ લાગી નથી અને અંતે તો એ રોગ પ્રાણઘાતક જ નીવડે છે.

અણુબોમ્બ ફૂટવાથી થતી લાંબા ગાળાની માઠી અસરોમાં .ક લોહીના કેન્સરમાં થયેલો વધારો છે.

લોહી બાઝે નહીં તો ?

આગળ આપણે જોયું કે રક્તવાહિનીમાંથી બહાર પડતાં જ બાઝી જવાનો લોહીમાં અનુપમ ગુણ છે. આ એક ઘણી જ નાજુક ક્રિયા છે અને લોહીનાં બાર રસાયણોના અટપટા સમન્વયથી એ થાય છે. ઘણા જન્મજાત દોષો અથવા બીજા રોગોને કારણે આ પ્રક્રિયા બરાબર થતી નથી અને તેથી ગંભીર પરિણામો આવે છે. લોહી બાઝી ન જતું હોય ત્યારે કાં તો સામાન્ય ઈજાથી પ્રચંડ રક્તપાત થાય અથવા તો વગર ઈજાએ ચામડીની નીચે અને શરીરનાં અંગોમાં લોહીનાં ચાઠાં પડે.

આમાં પ્રથમ પ્રકારના રોગોમાં અગત્યનો રોગ હીમોફિલિયા (Hoemophilia) છે. લોહી બાઝવાની પ્રક્રિયામાં આ જન્મજાત દોષ માત્ર પુરુષોમાં જ થાય છે. યુરોપનાં રાજવંશી કુટુંબોમાં એક જમાનામા આ રોગ વધુ પ્રમાણમાં જોવા મળતો હતો.

ચામડીની નીચે લોહીનાં ચાઠાં પડે એને પરપ્યુરા (purpura) કહે છે. પ્લેટલેટની સંખ્યા ઘટવાથી અથવા શરીરની રક્તવાહિનીઓના કેટલાક દોષોમાં આ રોગ થાય છે.

વળી ક્યારેક લોહી અસાધારણ ત્વરાથી ધમનીમાં જ બાઝી જાય છે. બ્લડપ્રેશર અથવા વૃદ્ધાવસ્થાને લીધે ધમનીઓ જાડી અને રોગિષ્ઠ બની જવાથી આમ વિશેષતઃ થાય છે. સામાન્ય રીતે જેને હૃદયરોગનો હુમલો કહે છે તેનું કારણ હૃદયને લોહી પહોંચાડતી ધમનીમાં લોહી બાઝી જવું તે જ (કૉરોનરી થ્રોમ્બોસિસ) છે.

લોહીની તપાસથી શું શું જાણી શકાય ?

રોગનિદાનના ક્ષેત્રમાં લોહીની તપાસનું સ્થાન અજોડ છે. માત્ર લોહીના જ નહીં પણ શરીરનાં અનેક અંગોના રોગોના પડઘા લોહીનાં તત્ત્વો પર પડે છે અને એમાં થતા વધારા-ઘટાડાથી અમૂલ્ય બાતમી મળે છે.

૧. લોહીના હીમોગ્લોબિનનું પ્રમાણ અને રક્ત કણોની ગણતરી.

આ તપાસથી એનીમિયા પકડાય છે અને એના પ્રકાર અને કારણ વિષે માહિતી મળે છે. સામાન્ય રીતે એકસો સીસીમાં ૧૪.૫ ગ્રામ હીમોગ્લોબિન અને એક કયુબિક મિલિમીટર લોહીમાં પચાસ લાખ રક્ત કણો હોય છે. આટલું પ્રમાણ હોય તો એને 'સો ટકા' ગણાય છે.

૨. શ્વેત કણોની ગણતરી અને વિવિધ પ્રકારના શ્વેત કણોના પ્રમાણની તપાસ.

શ્વેત કણોની સંખ્યા એક કયુબિક મિલિમીટરમાં ૪થી ૧૦ હજાર જેટલી હોય છે. આ સંખ્યાના વધારા અને ઘટાડા પરથી અને વધી જતા શ્વેત કણના પ્રકાર ઉપરથી અગત્યની બાતમી મળે છે. સામાન્ય રીતે પાંચ જાતના શ્વેત કણ જોવા મળે છે.

(૧) ન્યુટ્રોફિલ (Neutrophil) : સાધારણ રીતે ૫૫થી ૭૦ ટકા શ્વેત કણો આ પ્રકારના હોય છે. શરીરના કોઈ પણ ભાગમાં પરુ જમા થાય અથવા પરુજનક જંતુઓનો ચેપ લાગે ત્યારે ન્યુટ્રોફિલનું પ્રમાણ અને

શ્વેત કણોની સંખ્યા વધે છે. આમ ગૂમડાંથી માંડીને ન્યુમોનિયા, એપેન્ડિસાઇટિસ અને મેનિન્જાઇટિસ જેવા અનેક રોગોમાં ન્યુટ્રોફિલ કોષ વધુ પ્રમાણમાં જોવા મળે છે.

આ ઉપરાંત ઈજાઓમાં, હૃદયરોગના હુમલામાં, કૅન્સરમાં અને શરીરની અંદર રક્તપાત થતો હોય ત્યારે પણ આ કોષ વધે છે.

લોહીના કૅન્સરના અમુક પ્રકારોમાં આ કોષની સંખ્યા ઘણી વધી જાય છે. અસામાન્ય દેખાવના ન્યુટ્રોફિલ લોહીમાં દેખાય છે અને શ્વેત કણોની કુલ સંખ્યા વધીને લાખો સુધી પણ પહોંચે છે.

ટાઇફોઇડ, મૅલેરિયા, કેટલાક વાઇરસથી થતા રોગો અને હાડકાંના ગર્ભના રોગોમાં ન્યુટ્રોફિલનું પ્રમાણ ઘટી જાય છે.

(૨) ઈઓઝિનોફિલ (Eosinophil) : તંદુરસ્ત માણસના શરીરમાં ૧થી ૫ ટકા શ્વેત કણ આ પ્રકારના હોય છે. કીડાઓ (worms)થી થતા રોગોમાં, દમમાં, ઍલર્જીથી થતા કેટલાક રોગોમાં, ચામડીના કેટલાક રોગોમાં અને લોહીના ન્યુટ્રોફિલના કૅન્સરમાં આ જાતના કણો વધી જાય છે. મોટાભાગની ગંભીર બીમારીઓમાં લોહીમાંથી આ કોષ અદૃશ્ય થાય છે.

(૩) બેઝોફિલ (Basophil) : આ કોષ સામાન્ય રીતે લોહીમાં માંડ એકાદ ટકા જેટલા હોય છે.

(૪) લીમ્ફોસાઇટ (Lymphocyte) : વીસથી ત્રીસ ટકા શ્વેત કણો લીમ્ફોસાઇટ હોય છે. ક્ષય જેવા લાંબા સમય ચાલતા (ક્રૉનિક) ચેપી રોગોમાં લીમ્ફોસાઇટનું પ્રમાણ વધી જાય છે. આ ઉપરાંત વાઇરસથી થતા ઘણા રોગોમાં અને આડકતરી રીતે, જ્યારે ન્યુટ્રોફિલ ઘટી જાય ત્યારે, આ કોષનું પ્રમાણ વધે છે. લોહીના લીમ્ફોસાઇટના કૅન્સરમાં મોટા પ્રમાણમાં આવા કણો જોવા મળે છે.

(૫) મોનોસાઇટ (Monocyte) : સામાન્ય રીતે એકથી છ ટકા શ્વેત કણો મોનોસાઇટ હોય છે. ક્ષય, ટાઇફૉઇડ, મૅલેરિયા, મરડો વગેરે રોગોમાં અને મોનોસાઇટના કૅન્સરમાં આ કોષોનું પ્રમાણ વધી જાય છે.

લોહીના શ્વેત કણોનો અભ્યાસ આમ અનેક રોગોના નિદાન માટે જરૂરી છે અને ઘણી અગત્યની બાતમી એનાથી પ્રાપ્ત થાય છે.

૩. રક્ત કણોની બેસવાની ઝડપ (E. S. R.). લોહીના રક્ત કણો ભારે હોવાથી સ્વાભાવિક રીતે જ નીચે બેસવા માંડે છે. આ ઝડપ વધુઓછા પ્રમાણમાં રોગિષ્ઠ દશાઓમાં વધે છે. ક્ષય જેવા રોગોમાં આ ઝડપ ઘણી જ વધે છે.

વળી રોગમાં થતા સુધારા અથવા બગાડા પ્રમાણે આ ઝડપમાં ઘટાડો યા વધારો થાય છે. આથી વારંવાર આ તપાસ કરીને ચિકિત્સાથી થતા ફાયદાનો અંદાજ કાઢવામાં આવે છે.

૪. લોહીના બાઝવા માટે જરૂરી તત્ત્વોમાં વધારો-ઘટાડો જાણવા માટે અનેક અટપટી તપાસો થાય છે.

લોહીની જાત—ગ્રૂપ

૫. લોહીનું ગ્રૂપ : કોઈ પણ દરદીને લોહી આપતાં પહેલાં એનું ગ્રૂપ નક્કી કરવામાં આવે છે. આમ તો લોહીના અગણિત પ્રકારો હોય છે. પરંતુ ખાસ કરીને ચાર અગત્યનાં ગ્રૂપ હોય છે : A, B, AB અને O. 'એ' ગ્રૂપના રક્ત કણોમાં 'એ' નામનું તત્ત્વ હોય છે. 'બી'માં 'બી' હોય, 'એબી'માં બન્ને હોય અને 'ઓ'માં એક પણ ન હોય.

આમાંનું જે તત્ત્વ લોહીમાં ન હોય તેની સામેનાં 'ઍન્ટીબૉડી' જન્મથી જ હોય છે. આથી જ ખોટા ગ્રૂપનું લોહી જો અપાય તો એ રક્ત કણોનો શરીરમાં તત્કાળ વિનાશ થાય છે અને પ્રાણઘાતક પરિણામો આવે છે.

આ ઉપરાંત આર-એચ (Rh) નામના તત્ત્વની તપાસ પણ જરૂરી છે. આશરે ૯૫ ટકા માણસોના રક્ત કણોમાં આ તત્ત્વ હોય છે. એ ન હોય તો લોહીને આર-એચ નૅગેટિવ કહે છે. આ લોકોને આર-એચ પૉઝિટિવ લોહી આપી શકાતું નથી.

ગર્ભમાં બાળક જો આર–એચ પૉઝિટિવ હોય અને મા જો આર–એચ નેગેટિવ હોય તો માના શરીરમાં તૈયાર થયેલાં ઍન્ટીબૉડી બાળકના શરીરના રક્ત કણોનો નાશ કરે છે. આથી કાં તો બાળક ગર્ભમાં જ મરી જાય છે અથવા જન્મથી જ સખત કમળો અને ઍનીમિયાથી પીડાય છે. આ રોગમાં બાળકના શરીરનું બધું જ લોહી બદલી નાખીને એને બચાવી શકાય છે. આ ક્રિયાને એક્સચેન્જ ટ્રાન્સફ્યુઝન કહે છે.

લોહીનું ગ્રૂપ વારસામાં આવે છે. 'ગ્રૂપ' વિશેના આ જ્ઞાને વૈદકશાસ્ત્ર ઉપરાંત જીવશાસ્ત્ર, પુરાતત્ત્વવિશારદો અને કાયદા-શાસ્ત્રીઓને પણ મદદ કરી છે. માતા અને પિતા બંનેના લોહીના ગ્રૂપમાં 'એ' અથવા 'બી' તત્ત્વ ન હોય તો એ તત્ત્વ બાળકના લોહીમાં ન હોઈ શકે. આથી જ્યારે બાળકના પિતા વિશે શંકા કે વિવાદ હોય ત્યારે ગ્રૂપનો અભ્યાસ કરવાથી ક્યારેક કાયદા-શાસ્ત્રીઓને કડી મળી આવે છે. બાળકના લોહીમાં 'એ' 'બી' તત્ત્વો હોય તો મા અને બાપ બંનેનાં ગ્રૂપ મળીને, કુલ્લે આ તત્ત્વો હોવાં જ જોઈએ. આવે વખતે 'એ' અથવા તો 'બી' તત્ત્વ મા કે બાપ કોઈના લોહીમાં ન હોય અને એ તત્ત્વ બાળકના લોહીમાં હોય તો એટલું સાબિત કરી શકાય કે આ મનાતો 'બાપ' ખરો બાપ નથી. કાયદાની દૃષ્ટિએ આ તપાસની કિંમત બહુ મર્યાદિત અને માત્ર નકારાત્મક જ છે અને વળી બધાં ગ્રૂપ માત્ર 'એ' અને 'બી' એવાં બે જ તત્ત્વની હાજરી કે ગેરહાજરી પર ઘડાયેલાં હોવાથી ક્યારેક જ કાયદાને ઉપયોગી નીવડે એવી પરિસ્થિતિ પેદા થાય છે.

લોહીની રાસાયણિક તપાસ

૧. સાકર : લોહીમાં સામાન્ય રીતે એકસો સીસીમાં એકસો મિલિગ્રામ સાકર હોય છે. આહાર પછી એમાં વધારો થાય છે પરંતુ લીવર આ વધારાની સાકરને ગોદામમાં જાણે કે ભરી દે છે અને દોઢ-બે કલાકમાં એનું પ્રમાણ મૂળ જેટલું જ થઈ જાય છે. લોહીમાં સાકરનું પ્રમાણ જો બહુ વધારે ન હોય (૧૮૦ મિલિગ્રામ એકસો સીસીમાં) તો પેશાબમાં સાકર જતી નથી.

ડાયાબીટીસના રોગમાં શરીરમાં સાકરના પ્રમાણ અને વપરાશ ઉપર અંકુશ રાખતા હોર્મોન ઇન્સ્યુલિનની ખામીને કારણે લોહીમાં સાકરનું પ્રમાણ વધે છે અને પેશાબમાં પણ સાકર આવે છે. આ રોગના નિદાન અને ચિકિત્સામાં લોહીમાં સાકરની તપાસ બહુ અગત્યની છે.

લોહીમાં સાકરની તપાસ સવારે કંઈ પણ ખાધાપીધા પહેલાં કરવામાં આવે છે અને ત્યાર બાદ જમ્યા બાદ બે કલાકે લોહી લઈને ફરી કરવામાં આવે છે. આ બે પરિણામોના આધારે દવા આપીને ડાયાબીટીસને અંકુશમાં રાખવામાં આવે છે.

ડાયાબીટીસના નિદાન માટે સવારે લોહી લીધા બાદ ગ્લુકોઝનું પાણી પિવડાવવામાં આવે છે અને દર અડધા કલાકે લોહીમાંની સાકરનું પ્રમાણ જોવામાં આવે છે. આને ગ્લુકોઝ ટૉલરન્સ ટેસ્ટ કહે છે. તંદુરસ્ત માણસના લોહીમાં ૮૦થી ૧૨૦ મિલિગ્રામ સાકર સો સીસીમાં હોય છે જે

વધીને અડધા કલાકે અથવા એક કલાકે (સાકર લીધા બાદ) ૧૮૦ મિલિગ્રામ થાય છે અને બે કલાકે મૂળવત પ્રમાણ પાછું આવે છે. વળી આ દરમ્યાન પેશાબની તપાસ કરવામાં આવે છે. પેશાબમાં સાકર જતી હોવી ન જોઈએ.

૨. પ્રોટીન : લોહીમાં સો સીસીમાં ૬થી ૮ ગ્રામ પ્રોટીન હોય છે. આના પ્રમાણમાં લીવરના રોગો, મૂત્રપિંડના રોગો અને આહારમાં પ્રોટીનની ખામીના કારણે ઘટાડો થાય છે. વળી જુદાજુદા પ્રોટીનના પ્રમાણમાં પણ ફેરફાર થાય છે. મુખ્ય પ્રોટીનો આલ્બ્યુમિન અને ગ્લોબ્યુલિન હોય છે. સામાન્ય રીતે એકસો સીસીમાં ચારથી સાડા પાંચ ગ્રામ આલ્બ્યુમિન અને દોઢથી ત્રણ ગ્રામ ગ્લોબ્યુલિન હોય છે.

૩. ચરબી : લોહીના ચરબી જેવા પદાર્થોમાં કોલેસ્ટરોલ (cholesterol) નામના પદાર્થનું પ્રમાણ જાણવું અગત્યનું છે. એનું પ્રમાણ વધે ત્યારે એ શરીરની ધમનીઓની દીવાલોમાં જમા થઈ એને જાડી બનાવી નાખે છે. આથી બ્લડપ્રેશર, હૃદયરોગ અને મૂત્રપિંડના રોગો થાય છે. તંદુરસ્ત માણસના લોહીમાં એક સો સીસીમાં ૧૫૦થી ૨૫૦ મિલિગ્રામ કોલેસ્ટરોલ હોય.

સીસીમાં ચાલીસ મિલિગ્રામ સુધી યુરીઆ તંદુરસ્ત શરીરમાં હોય છે.

આ સામાન્ય તપાસો ઉપરાંત બીજી અનેક અટપટી તપાસો થાય છે. એથી લીવર, કિડની, હૃદય, આંતરડાં અને ગ્રંથિઓની કાર્યક્ષમતાનો અંદાજ નીકળે છે. વારંવાર આવી તપાસો કરવાથી રોગમાં થતો સુધારો યા બગાડો સમજાય છે અને ઔષધો આપવાની સમજણ પડે છે. લોહીની તપાસ વિના અનેક અંગોના રોગોનું નિદાન સમયસર કરવું અશક્ય બની જાય છે.

લોહીમાંના ઍન્ટીબૉડીની તપાસ

જંતુઓનો શરીરમાં ચેપ લાગે કે તાત્કાલિક જ એની સામે સંરક્ષણ માટે ઍન્ટીબૉડી બનવા માંડે છે એ તો આપણે જોયુ. અમુક જંતુઓ સામે અસરકારક ઍન્ટીબૉડીની લોહીમાં હાજરીથી આડકતરી રીતે રોગનું નિદાન થઇ શકે છે. ટાઇ-ફોઇડ અને સિફિલિસ જેવા રોગોના નિદાનનો આ એક સરળ રસ્તો છે.

રક્તદાન

અકસ્માતથી થતા ભારે રક્તપાતના ઇલાજ તરીકે બીજા તંદુરસ્ત માનવીનું લોહી આપવાની કલ્પના તો સદીઓથી વિશારદોએ કરી છે. આમ લોહી આપવાના અનેક પ્રયત્નો પણ થતા પરંતુ આ પ્રયોગોમાં સફળતા ક્યારેક મળતી તો ક્યારેક વળી ગંભીર પરિણામો આવતાં. આનું કારણ લોહીનાં ગ્રૂપ વિષેનું સંપૂર્ણ અજ્ઞાન હતું.

આ સદીના આરંભથી જ આ ક્ષેત્રમાં સફળતા મળી. નોબેલ પારિતોષિક વિજેતા વૈજ્ઞાનિક કાર્લ લેંડસ્ટીનરના ભગીરથ પ્રયત્નો અને સંશોધનના પ્રતાપે રક્તદાન સરળ અને ભયરહિત બન્યું છે. લોહીનાં મુખ્ય ગ્રૂપોની એની શોધ વૈદકશાસ્ત્રના ઈતિહાસમાં સુવર્ણાક્ષરે અંકિત થઈ છે. જીવના બચાવ માટે કુદરત સામે ઝઝૂમવાના માનવીના પ્રયાસોમાં લોહી એ અજોડ ઉપયોગી શસ્ત્ર થઈ પડયું છે. શસ્ત્રક્રિયાના ક્ષેત્રમાં છેલ્લા ત્રણ દાયકામાં થયેલ ગજબ પ્રગતિ લોહી વિના અશક્ય હોત.

રક્તદાનનો ઉપયોગ

લોહીની ઉપયોગિતા ખાસ કરીને નીચે જણાવેલાં દર્દોમાં વધુ છે:

૧. ગંભીર ઈજાઓને કારણે લોહી વહી જતું હોય ત્યારે.

૨. ક્ષય, કેન્સર, પેટમાં ચાંદું, લોહીવા વગેરે રોગોમાં થતા રક્તપાતને ખાળવા.

૩. એનીમિયાને કારણે લોહી બહુ ઘટી ગયું હોય ત્યારે.

૪. લોહીના કેન્સરના ઈલાજ માટે.

૫. કેન્સર જેવા રોગોમાં જ્યારે શરીરમાં લોહી બનતું અટકી ગયું હોય ત્યારે.

૬. મોટી શસ્ત્રક્રિયાઓમાં અને પ્રસૂતિ વખતે બહુ લોહી વહી જાય ત્યારે.

લોહીનો સૌથી વધુ ઉપયોગ તો ઈજાઓ અને શસ્ત્રક્રિયાથી થતા રક્તપાતને ખાળવા માટે થાય છે. થોડું ઘણું લોહી પડ્યું હોય એને માટે લોહી આપવાની જરૂર રહેતી નથી. સામાન્ય રીતે તો શરીરનું ચોથા ભાગનું લોહી, એટલે કે લગભગ લિટર-સવાલિટર લોહી ગુમાવ્યું હોય ત્યાં સુધી શરીર તે ખોટ સાંખી શકે છે. લોહી જતાં, શરીરમાંથી પ્રવાહીની ગતિ બહારના કોષો અને સ્નાયુઓમાંથી લોહીની નસો તરફ થાય છે અને રક્તવાહિનીઓમાં પ્રવાહી ધસી જતાં, લોહીનું કદ વધીને મૂળ સ્થિતિમાં ઝડપથી આવી જાય છે. લોહીનું કદ જળવાઈ રહેવાથી, લોહીનું દબાણ સ્થિર રહે છે અને શરીર પર માઠી અસર પડતી નથી.

પછી તરત જ લોહીના કણો ઝડપથી પેદા કરવાની પ્રક્રિયા ચાલવા માંડે છે. પૂરતા લોહીના કણો મળવા માંડે એટલે પ્રવાહી પાછું રક્તવાહિનીઓની બહાર નીકળી જાય છે અને લોહી અમુક સમયે, કુદરતી રીતે જ, મૂળ સ્થિતિમાં આવી જાય છે.

લોહી બહુ ઝડપથી વહી ગયું હોય તો કયારેક અર્ધો લિટર લોહી જતાં પણ લોહીનું દબાણ નબળું પડે છે અને લોહી આપવું પડે છે. લોહીનો કેટલો વ્યય શરીર સાંખી શકે એનો આધાર લોહી ગુમાવવાની ઝડપ પર છે. બહુ જ ધીમે ધીમે વ્યય થયા કરતો હોય ત્યારે તો લોહીમાં રક્ત કણો, હોવા જોઈએ એના કરતાં અર્ધા કે ત્રીજા ભાગના થઈ જાય તોપણ શરીર ચાલતું રહે છે. ઍનીમિયા ઘણો વધી ગયો હોય તો એને માટે ઘણી વાર સારવારની શરૂઆતમાં લોહી આપવું પડે છે.

લોહી કેમ સચવાય ?

લોહીમાં જંતુઓ બહુ સરળતાથી વિકસે છે એટલે જંતુઓનો પ્રવેશ ન થાય એની સાવચેતી લઈ લોહી કાઢવામાં આવે છે. લોહી ખાઝી ન જાય તે માટે અને રક્ત કણોને પોષણ મળી રહે એની તકેદારી માટે ખાસ રસાયણોયુક્ત પ્રવાહીમાં લોહી સીધું જ કાઢવામાં આવે છે. આ પછી એને તરત જ ઠંડું પાડવામાં આવે છે. આમ ૪થી ૬ ડિગ્રી સેંટિગ્રેડ ઉષ્ણતામાને લોહીને વીસ દિવસ સુધી જાળવી શકાય છે. જાતજાતના ગ્રૂપનું લોહી જરૂર પડયે તાત્કાલિક મળી શકે તે માટે તે સાચવવાનું કામ બ્લડબૅંક કરે છે.

પ્લાઝમા શું છે ?

આગળ આપણે જોયું કે લોહીના કણોને જુદા પાડયા પછી બાકી રહેલ પ્રવાહીને પ્લાઝમા કહે છે. લોહી કરતાં સાધારણ રીતે ઓછું અસરકારક હોવા છતાં એ ઘણું ઉપયોગી છે. એને ઠંડું પાડી સૂકવી નાખવાથી પાઉડર બનાવી શકાય છે. આ સ્વરૂપમાં એને વર્ષ સુધી સાચવી શકાય છે અને સરળતાથી ગમે ત્યાં પહોંચાડી શકાય છે. જરૂર પડે પાણીમાં ઓગાળીને એ વાપરી શકાય છે. લડાઈના મેદાનમાં ઘવાયેલાઓને પૂરતા પ્રમાણમાં લોહી પૂરું પાડવું બહુ અઘરું પડે છે પણ પ્લાઝમાની સગવડોને કારણે એ આપી શકાય છે. આ ઉપરાંત ગંભીર અકસ્માતોમાં, સખત દાઝેલાઓને અને લોહીના નાટીન બહુ ઘટી ગયા હોય ત્યારે પ્લાઝમા આશીર્વાદ રૂપ થઈ પડે છે.

લેાહી કેાણ આપી શકે ?

લેાહી અત્યંત જરૂરી અને અનિવાર્ય છે. મુંબઈ જેવા શહેરમાં રેાજનું ત્રણસેા બાટલા જેટલું લેાહી આસાનીથી વપરાઈ જાય. આ ઉપરાંત પ્લાઝમા બનાવવા માટે એની જરૂર પડે. આ અણમેાલ પ્રવાહી શરીરની બહાર બની શકતું નથી એટલે કેાઈ ને કેાઈ દાનમાં આપે ત્યારે જ એ મળી શકે.

આપણે આગળ જેયું કે સામાન્ય રીતે આપણા શરીરમાં પાંચથી છ હજાર સીસી લેાહી હેાય છે. આમાંથી એક બાટલી દાનમાં આપવી એટલે અઢીસેા સીસી લેાહી આપવું. આટલું લેાહી આપવાથી તંદુરસ્ત માણસના શરીર ઉપર કેાઈ પણ જાતની અસર થતી નથી. લેાહી આપીને તરત જ એ રેાજિંદા કાર્યમાં પરેાવાઈ જઈ શકે છે.

આનું કારણ એ છે કે શરીર મેાટું સંઘરાખેાર છે અને જરૂર ઉપરાંતનેા માલ દબાવી રાખવાની એને આદત હેાય છે. આથી જ અઢીસેા સીસી લેાહી આપવાથી કશી અગવડ પડતી નથી. વળી આટલેા ઘટાડેા પણ દસ દિવસમાં નાબૂદ થઈ જાય છે અને લેાહીની ઘટ્ટતા (હીમેાગ્લેાબિનનું પ્રમાણ) મૂળવત્ થઈ જાય છે.

આમ લેાહીનું દાન એ અમૂલ્ય દાન છે અને છતાંય દાનીને જરાયે ઘસારેા પહેાંચતેા નથી. ઈંજેક્શનની એક સેાય લાગવા સિવાય લેાહીનું દાન દર્દથી પર છે.

મનુષ્ય એક સામાજિક પ્રાણી છે અને એકબીજા ઉપર એ હજાર રીતે નિર્ભર છે. જાણીને કે અજાણે દરેક માનવી

સમાજની સેવા કરતો જ હોય છે. એ સિવાય આપણે આટલી પ્રગતિ કરી જ ન હોત. પ્રસંગોપાત્ત રક્તદાન કરવું એ સમાજ પ્રત્યેની દરેક તંદુરસ્ત માણસની એક ફરજ છે. સૌ આ લાગણી જ્યારે કેળવે ત્યારે જ આપણે સૌ એ ખાતરીથી જીવી શકીએ કે એક માત્ર લોહીની બાટલીના અભાવે કોઈક દિવસે આપણો પોતાનો જીવનદીપ નહીં ઓલવાય.

લોહીનું દાન આમ એક માત્ર દાન જ નથી પણ વીમાનું પ્રિમિયમ પણ છે.

દસમા વર્ષમાં પ્રગટ થનારી પુસ્તિકાઓ

* સર્વોદય	નારાયણ દેસાઈ
* આંતરરાષ્ટ્રીય કાયદો શું છે?	એ જી. નૂરાણી
* જગતની સંસ્કૃતિઓ	રજનીકાન્ત મોદી
* યુનિસેફ	સરલા જગમોહન
* મોરિશિયસ	મીનુ દેસાઈ
* રમણભાઈ નીલકંઠ	યશવંત દોશી
* રામકૃષ્ણ મિશન	સૌદામિની મહેતા
* કલ્યાણરાજ્ય શું છે?	આલૂ દસ્તુર
* વારસાનો કાયદો	કેશવલાલ શાહ
* આઇન્સ્ટાઇન	ગગનવિહારી મહેતા
* આંખનો મોતિયો	ડૉ શિરીષ જે. ભટ્ટ
* ભારતેન્દુ હરિશ્ચન્દ્ર	અરવિન્દ દેસાઈ
* લોકસભામાં એક દિવસ	તારકેશ્વરી સિંહા
* અન્ય ગ્રહોની યાત્રા	વિજયગુપ્ત મૌર્ય
* લોકશાહી સમાજવાદ	મોરારજી દેસાઈ
* આપણી ગરીબી કેમ ટળે?	નરોત્તમ શાહ
* કામ, થાક અને આરામ	મહેરવાન ભમગરા
* લિમિટેડ કંપની શું છે?	સી સી ચોકસી
* લોહીની કથા	ડૉ હરેન ચોકસી
અંધજનોનું શિક્ષણ	રાજેન્દ્ર વ્યાસ
ફૂટબૉલ	સુરેશ સરૈયા
ગાલિબ	હરીન્દ્ર દવે
કેન્સર મટી શકે છે	ડૉ ભાનુ ર શાહ
ઉપનિષદો	રામપ્રસાદ પ્રે બક્ષી

* ફૂદડીવાળી પુસ્તિકાઓ પ્રગટ થઈ ગઈ છે

દર મહિને બે પુસ્તિકાઓ પ્રગટ થાય છે એક પુસ્તિકાની છૂટક કિંમત પચાસ પૈસા વાર્ષિક લવાજમ દસ રૂપિયા (પરદેશમાં વીસ શિલિંગ)

પરિચય ટ્રસ્ટ, બોમ્બે મ્યુચ્યુઅલ ચેમ્બર્સ, ચોથે માળે,
૧૯/૨૧ હમામ સ્ટ્રીટ, મુંબઈ—૧. ટે. નં. ૨૫૪૦૫૯



ડૉ. હરેન ચોકસી

ડૉ. હરેન ચીમનલાલ ચોકસીનો જન્મ ૧૯૩૯ના માર્ચની ૩૧મીએ વડોદરા ખાતે થયો હતો.

તેમણે તેમનો શાળાનો અભ્યાસ જી ટી હાઈસ્કૂલ, મુંબઈ અને કૉલેજનો અભ્યાસ એલફિન્સ્ટન કૉલેજ તથા શેઠ જી એસ મેડિકલ કૉલેજના મુંબઈ ખાતે કર્યો હતો

શ્રી ચોકસીએ ૧૯૬૨મા એમ બી બી એસની તથા ૧૯૬૬મા પથોલોજી અને બેક્ટેરિયોલોજી વિષય સાથે એમ ડીની ડિગ્રી મેળવી

તેમણે ૧૯૬૩થી ૧-૬૬ સુધી શેઠ જી એસ. મેડિકલ કૉલેજમાં પેથોલોજીના વ્યાખ્યાતા તરીકે અને ૧૯૬૬-૬૭ દરમિયાન એ જ કૉલેજમાં પથોલોજીના સહાયક પ્રાધ્યાપક તરીકે કામ કર્યું હતું જાન્યુઆરી ૧૯૬૭થી તેઓ ભાટિયા જનરલ હૉસ્પિટલમાં પેથોલોજિસ્ટ તરીકે કામ કરે છે

ડૉ. ચોકસીએ શાળા-કૉલેજના અભ્યાસ દરમિયાન ઘણાં પારિતોષિક મેળવ્યા હતા તેમને બ્રીજ અને શતરંજની રમતોનો તથા વાંચનનો શોખ છે

૧૯૬૪મા તેમણે ડૉ. રૈતિશ્રી ચોકસી સાથે લગ્ન કર્યું છે

કેન્સર મટી શકે છે

ડૉ. ભાનુ ર. શાહ

48740

પરિચય પુસ્તિકા પ્રવૃત્તિ – ૨૪૯

૬૦ પૈસા

પરિચય પુસ્તિકા પ્રવૃત્તિ

સંપાદક: વાડીલાલ ડગલી

આ પ્રવૃત્તિ અગિયાર વર્ષથી ચાલી રહી છે તેમાંથી આગળ વધી રહેલી જ્ઞાન અને માહિતીની દુનિયામાં વાચકો પાછળ ન પડી જાય એ જોવાનો તેનો હેતુ છે. જ્ઞાનનું કોઈ ક્ષેત્ર આ પુસ્તિકાઓએ બકાત રાખ્યું નથી. લલિત કળાઓથી અવકાશવિજ્ઞાન સુધી અને બાળઉછેરથી માંડી ઉપનિષદો સુધીના તમામ વિષયો આમાં આવે છે. સૌને એ સરળ ભાષામાં માહિતી આપે છે. બહેનોને માટે એ રસપ્રદ વાચન પૂરું પાડે છે. વિદ્યાર્થીઓ માટે એ સામાન્ય જ્ઞાનનું ઉત્તમ અને કિંમતમાં સસ્તું સાધન છે.

વર્ષમાં ચોવીસ પુસ્તિકાઓ પ્રગટ થાય છે.

છૂટક કિંમત ૬૦ પૈસા

વાર્ષિક લવાજમ ૧૨ રૂપિયા, પરદેશમાં ૨૪ શિલિંગ

ગ્રંથ

તંત્રી · યશવંત દોશી

'ગ્રંથ' એટલે પુસ્તકોની દુનિયામાં ડોકિયું

આપ પ્રાધ્યાપક હો, શિક્ષક હો કે વિદ્યાર્થી હો, પત્રકાર હો કે ગ્રંથપાલ હો, કે પછી પુસ્તકમાં રસ ધરાવનાર વાચક હો તો તમને 'ગ્રંથ' વાંચવું ઉપયોગી લાગશે. 'ગ્રંથ' દર મહિને ઉત્તમ પુસ્તકોની ઓળખ અને પરખ કરાવે છે.

વાર્ષિક લવાજમ ૧૦ રૂપિયા, પરદેશમાં ૨૦ શિલિંગ

પરિચય ટ્રસ્ટ, ૧૯/૨૧, હમામ સ્ટ્રીટ, મુંબઈ-૧

ટેલિફોન ૨૫૪૦૫૯

પરિચય પુસ્તિકા પ્રવૃત્તિ–૨૪૯

કૅન્સર મટી શકે છે

ડૉ. ભાનુ ર. શાહ



પરિચય ટ્રસ્ટ

પ્રકાશક
યશવંત દોશી
પરિચય ટ્રસ્ટ
બોમ્બે મ્યુચ્યુઅલ ચેમ્બર્સ
૧૯/૨૧, હમામ સ્ટ્રીટ, મુંબઈ-૧

પહેલી આવૃત્તિ મે ૧૯૬૯

૬૦ પૈસા

મુદ્રક
ધીરુભાઈ ઝીણાભાઈ દેસાઈ
સ્ટેટ્સ પીપલ પ્રેસ,
જન્મભૂમિ ભવન,
કોટ, મુંબઈ-૧

કવર ડિઝાઇન વી. એન ઓક

કેન્સર મટી શકે છે

ભારતના એક જાણીતા કેન્સરનિષ્ણાતે એક પ્રસંગે કહ્યું કે "કેન્સરનો રોગ અજ્ઞાન, ડર અને ઢીલ ઉપર નભે છે અને ફૂલેફાલે છે. એનો સામનો જ્ઞાન, હિમ્મત અને ત્વરાથી કરવો જોઈએ." અત્યારે કોઈને કેન્સર થયું હોય તો મટવાના 'ફિફ્ટી ફિફ્ટી ચાન્સ' છે, એટલે કેન્સર સાવ અસાધ્ય રોગ નથી. એ ખરું કે ખરાબ કેન્સરમાં કોઈ પણ ન બચે; પણ એ સાથે એય સત્ય છે કે ઘણાં કેન્સરમાં સોમાંથી એંસીને પણ બચાવી શકાય.

આ સત્ય હોવા છતાં અત્યારે કેન્સરનો જે ડર છે તે પરિસ્થિતિ જોઈને કેન્સર વિશે પ્રજાને વિશેષ જ્ઞાન આપવાની એક મોટી જરૂરિયાત ઊભી થઈ છે.

ભલે કેન્સરને ટાઇફોઇડ તાવ કે ક્ષયની જેમ મટાડવાનો કોઈ એક રામબાણ ઉપાય હાથમાં નથી આવ્યો પણ આવી નિરાશાનું રણશિંગું ફૂંકયા કરવાનો અર્થ નથી કારણ કે જુદી જુદી જાતની સારવાર અને સતત પ્રયત્નો કરીને શરૂઆતના કેન્સરને શરીરમાંથી સાવ દૂર કરી શકાય છે; ન દૂર થાય એવું હોય તો કાબૂમાં રાખી શકાય છે; અને કંઈ ન થાય તો છેવટે આયુષ્ય લંબાવી શકાય છે અને એનું દર્દદુઃખ હળવું કરી શકાય છે. કેન્સરની સારવારમાં મળેલી કેટલીક વૈજ્ઞાનિક સિદ્ધિઓ ચંદ્ર પર

પહોંચેલા અવકાશયાન જેટલી ચમત્કારિક ન હોય તોપણ માનવજાતને ઉપયોગી તો એથી પણ વધુ છે.

કેન્સર નવો રોગ નથી

કેન્સરના અસ્તિત્વ વિશે આજે આપણે વધુ સાંભળીએ છીએ ખરા પણ એ રોગ તો કદાચ માનવજાત જેટલો જ જૂનો છે! ઈસ્વીસન પૂર્વેના હિંદુ વૈદ્યોએ આ રોગનું ઘણું આબેહૂબ વર્ણન કર્યું છે. સુશ્રુતે પણ એક એવી ગાંઠ કે જે ખૂબ કઠણ અને શરીરના અવયવો સાથે સજ્જડ ચોંટેલી હોય અને શરીરના જુદા જુદા અવયવોમાં ફેલાયેલી હોય અને જેનો કંઈ ઇલાજ ન થઈ શકે એનું વર્ણન કર્યું છે તે આજે કેન્સર ગણાતા રોગનું જ વર્ણન છે.

કેન્સર એટલે શું?

'કેન્સર' એ શબ્દ મૂળ ગ્રીક ભાષામાંથી આવેલો છે. એનો અર્થ થાય છે કરચલો. કરચલાના પગની જેમ કેન્સર જે અવયવમાં થાય તેને જકડી લે છે અને અવયવના ભોગે વૃદ્ધિ પામે છે.

દરેક જીવ – માણસ, પ્રાણી કે વનસ્પતિ – માં કેન્સર થાય છે અને માનવશરીરના માથાથી પગ સુધીના લગભગ દરેક અવયવમાં એ થઈ શકે છે. દરેક અવયવના કેન્સરના પ્રકાર જુદા જુદા હોય છે પણ અમુક સામાન્ય ખાસિયતો હોવાને લીધે એ સર્વે રોગોનું એક નામ 'કેન્સર' પડયું છે.

શરીરના બંધારણના કોષોનો વિકાસ, અને જીવન દરમિયાન ઈજા, ઘસારા અને રોગોને લીધે નાશ પામતા કોષોની જગ્યા પૂરવા થયા કરતું નવસર્જન, એક ચોક્કસ

નિયમ પ્રમાણે થતું હોય છે. આ નિયમન જ્યારે તૂટે અને અમુક કોષો "બેકાબૂ બનીને બેફામ અને અસાધારણ રીતે વિકસવા માંડે ત્યારે એ અવયવોમાં એક ગાંઠ કે ચાંદું પડે છે." આ છે કૅન્સરનું સામાન્ય સ્વરૂપ. લોહી જેવા પ્રવાહીમાં ફરતા કણોમાં કૅન્સર થાય ત્યારે આવી ગાંઠ કે ચાંદું થતું નથી પણ બેફામ રીતે વધેલા કૅન્સરકણો લોહીની રચના અને એના કામને વેરવિખેર કરી નાખે છે. પણ સામાન્ય રીતે બીજા અવયવોમાં ગાંઠ કે ચાંદાના સ્વરૂપમાં આ રોગ ઉદ્ભવે છે.

કૅન્સર થયું એટલે એ અવયવમાં કોઈ પણ નિયમ વિના એ વધ્યા કરે છે. અવયવની સાથે તે સજ્જડ ચોંટેલું હોય છે અને પછી આજુબાજુના અવયવોને પણ વળગે છે. લોહીની નસોમાં કે 'લીમ્ફ' પ્રવાહીની શિરાઓમાં ઘૂસી જાય તો કૅન્સરના કણો પ્રવાહી સાથે દૂરના અવયવોમાં ઘસડાઈ જાય છે અને કોઈ બીજા અવયવમાં એ નવેસરથી શરૂ થાય છે. એક અવયવનું કૅન્સર આમ દૂરના બીજા અવયવમાં ફેલાય છે. બીજા અવયવમાં પણ કૅન્સર એનું મૂળ સ્વરૂપ જાળવી રાખે છે અને એના મૂળની જેમ જ વૃદ્ધિ પામે છે. દૂરના અવયવોમાં ફેલાવાની એની શક્તિ એને બીજી સામાન્ય ગાંઠો કે ચાંદાંઓથી જુદું પાડે છે અને એની આ વિશિષ્ટતા એ જ એની ભયંકરતા છે.

દરેક ગાંઠ કે ચાંદું કૅન્સર ન હોય

કૅન્સરનો ડર એટલો વ્યાપક છે કે ક્યાંક પણ કોઈને ગાંઠ થઈ હોય કે ચાંદું પડ્યું હોય તો એને

ડર લાગે છે કે કૅન્સર તો નહીં હોય ને? ખરેખર તો ગામુસોને થતી ગાંઠો અને ચાંદાંઓમાંથી મોટા ભાગના કિસ્સામાં કૅન્સર હોતું નથી. સાદી ગાંઠો કે સાદાં ચાંદાંઓ કૅન્સર કરતાં સેંકડોગણા વધારે પ્રમાણમાં થાય છે.

સાદી ગાંઠ અને કૅન્સર વચ્ચે મુખ્ય ભેદ તો એ છે કે સાદી ગાંઠ આજુબાજુના અવયવથી લગભગ છૂટી અને આજુબાજુ હલાવી શકાય તેવી હોય છે અને એનો વિકાસ લગભગ એકધારો અને પ્રમાણમાં ધીમો હોય છે. કૅન્સરની ગાંઠ અવયવ સાથે ચોંટેલી, પથ્થર જેવી કઠણ ખરબચડી સપાટી અને અનિયમિત કિનારીવાળી હોય છે. એની વધવાની ઝડપ પણ વધારે હોય છે અને આજુબાજુની લિમ્ફ (lymph)ની ગ્રંથિઓમાં કે લોહીના ભ્રમણ વાટે દૂરના અવયવોમાં ફેલાઈ શકે છે. સાદી ગાંઠોમાં ઘણી તો પ્રવાહી ભરેલી ગાંઠો (cysts) હોય છે. એ સિવાયની ગાંઠો (tumours) કોષોના વિભાજનથી થતી હોય છે છતાં કૅન્સરથી જુદી પડતી હોય છે. તે એ રીતે કે એમાં કોષોનું વિભાજન અમુક પ્રમાણમાં નિયમસર થતું હોય છે અને એના કોષો એકબીજામાં ચોંટી રહેતા હોય છે અને દેખાવે તથા સ્વભાવે કૅન્સરના કોષો કરતાં સાવ જુદા પ્રકારના હોય છે. આ ગાંઠોમાંથી કોષો છૂટા પડીને ફેલાઈ શકતા નથી. આ કારણે એની ગંભીરતા ખાસ કંઈ રહેતી નથી અને ગાંઠ ઑપરેશનથી કાઢી નાખી હોય તો એની સારવાર સંપૂર્ણ થઈ જાય છે. ઘણી વાર તો દેખાતી ગાંઠો પરુ થવાને લીધે કે ઓળીંભાની કે

ટી. બી. રોગની પણ હોય છે.

કૅન્સરનાં ચાંદાંઓ પણ સાદાં ચાંદાંઓથી જુદાં પડે છે. કૅન્સરની કિનારીઓ જાડી, ઉપસી આવેલી, બહુ કઠણ અને અનિયમિત હોય છે અને આ ભેદ સ્પષ્ટ રીતે ઘણુંખરું તો જોતાંની સાથે જ જણાઈ આવે છે.

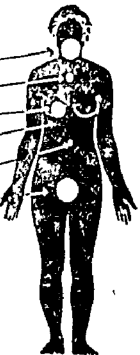
દરેક કૅન્સર સરખું ગંભીર નથી

કૅન્સર વિષે આ એક અગત્યની જાણવા જેવી બાબત છે. નામ માત્રથી એની ગંભીરતા નક્કી ન કરી લેવી જોઈએ. દરેક કૅન્સરના કોષોની વિકસવાની શક્તિ જુદીજુદી હોય છે અને જુદાજુદા અવયવોના કૅન્સરની વર્તણૂક અને ગંભીરતા જુદીજુદી હોય છે. જુદીજુદી ઉંમરે પણ એની ગંભીરતા જુદીજુદી હોય છે. દાખલા તરીકે વૃદ્ધ સ્ત્રી અને યુવાન સ્ત્રીના સ્તનનું કૅન્સર કે બાળક અને મોટી ઉંમરના માણસોનું કિડનીનું કૅન્સર—એ બંનેની ગંભીરતા વચ્ચે હાથી ઘોડા જેટલો ફેર હોય છે.

બહારની ચામડી અને શરીરના અવયવોની અંદરની ચામડી વગેરેનાં કૅન્સર એના સ્નાયુઓનાં કે હાડકાંનાં કૅન્સર કરતાં પ્રમાણમાં ઘણાં ઓછાં ગંભીર હોય છે.

કૅન્સર—દુનિયામાં અને ભારતમાં

દુનિયાની દરેક પ્રજાને આ રોગ થાય છે. અવયવોની વહેંચણી જુદીજુદી પ્રજામાં જુદીજુદી જાતની હોય છે, પણ એનું સરવાળે પ્રમાણ બધે લગભગ સરખું છે. જેટલા પ્રમાણમાં ન્યુ યૉર્ક શહેરમાં જોવા મળે છે એટલા જ



મોં અને ગળું 23%
અન્નનળી. 7%
સ્તન... 20%
ફેફસું. 02%
પેટ અને આંતરડાં 3%
જનનેન્દ્રિય 42%
05% અન્ય અંગો 40%

મુંબઈની તાતા મેમોરિયલ હૉસ્પિતાલમાં તપાસાયેલા ૭૦,૦૦૦ દર્દીઓને જુદાજુદા અવયવમાં થયેલાં કૅન્સરની ટકાવારી

પ્રમાણમાં લગભગ મુંબઈ શહેરમાં જોવા મળે છે. પુરુષ અને સ્ત્રીમાં લગભગ સરખા પ્રમાણમાં થાય છે અને પિસ્તાલીસથી પાંસઠની ઉંમરમાં મૃત્યુના કારણ તરીકે હૃદયરોગ પછી કૅન્સરનો નંબર બીજો આવે છે. એવી ગણતરી થઈ છે કે ભારતમાં દર વર્ષે લગભગ પાંચ-છ લાખ માણસોને કૅન્સરનો રોગ લાગુ પડે છે.

જુદીજુદી પ્રજામાં જુદીજુદી જાતનાં કૅન્સર કેમ થાય છે એ કોયડો કૅન્સરના અભ્યાસમાં મુખ્ય ધ્યાન ખેંચે છે. રહેણીકરણીની અસર અને દરેક માનવજાતિની અમુક ખાસિયતો અને કુદરતી અભિમુખતાના ફેરફારોને લીધે કૅન્સરની અવયવ-વહેંચણી જુદી પડે છે.

ભારતમાં થતા દર ત્રણ કૅન્સરના કિસ્સાઓમાંથી બે કિસ્સાઓમાં તો મોં અને ગળાનાં કૅન્સર હોય છે, જ્યારે પશ્ચિમના દેશોમાં આનું પ્રમાણ આપણા કરતાં દસમા ભાગનું છે. તો વળી અમેરિકા અને ઇંગ્લૅંડમાં ફેફસાનું કૅન્સર આપણા કરતાં દસગણું વધારે છે.

ચામડીનું કૅન્સર ભારત અને જાપાનમાં ઘણું ઓછું છે જ્યારે અમેરિકા, યુરોપમાં આપણા કરતાં દસગણું વધારે છે અને ઑસ્ટ્રેલિયામાં તો ચામડીનું કૅન્સર એથીયે વધારે છે. કાળી ચામડી કરતાં સફેદ ચામડીમાં કૅન્સર વધારે થાય છે. સફેદ ચામડીમાં તડકો, પવન, ધૂળ વગેરેને સહન કરવાની ઓછી શક્તિ હશે એવું મનાય છે.

પેશાબની કોથળીનું કૅન્સર ઇજિપ્તમાં ઘણું વધારે

થાય છે જ્યારે સ્તનનું કૅન્સર ત્યાં ઘણું જ ઓછું છે. અમુક આફ્રિકન દેશોમાં કાળજા (લીવર)નું કૅન્સર વધારે છે. ત્યાંની ગરીબીને કારણે ખોરાકમાં રહેતી ઊણપોને લીધે કાળજાનો બગાડો એક સામાન્ય રોગ છે એથી આમ બને છે.

જાપાનમાં વળી હોજરીનું કૅન્સર ઘણા મોટા પ્રમાણમાં થાય છે. ત્યાં થતા દર ત્રણ કૅન્સરના કિસ્સામાંથી એક કૅન્સર હોજરીનું હોય છે, જ્યારે ભારતમાં પચાસે એક કૅન્સર હોજરીનું હોય છે! અન્નનળીનું કૅન્સર પણ દુનિયાના બીજા દેશો કરતાં જાપાનમાં ઘણું વધારે થાય છે. જાપાનમાં ફેફસાંનું કૅન્સર ભાગ્યે જ જોવા મળે છે, જ્યારે અમેરિકા, ઇંગ્લૅંડમાં દર દસ કિસ્સામાં એક કૅન્સર ફેફસાંનું હોય છે. કૅન્સરની વહેંચણીમાં જુદીજુદી પ્રજામાં જોવા મળતો આટલો બધો તફાવત સમજવો અઘરો છે.

કૅન્સર–પુરુષ, સ્ત્રી અને બાળકમાં

કૅન્સર આમ તો ગમે તે ઉંમરે થાય છે. તાજા જન્મેલા બાળકને પણ કૅન્સર હોઈ શકે. પણ મોટે ભાગે તો એ મોટી ઉંમરનો રોગ છે. કૅન્સરના પાંચ કિસ્સામાં એક પચીસ વર્ષથી નીચેની ઉંમરમાં અને ચાર એથી વધુ ઉંમરમાં હોય છે. આમાંનાં પોણા ભાગનાં કૅન્સર ૪૫થી વધુ ઉંમરમાં થાય છે.

બાળકોમાં થતાં કૅન્સરમાં લોહીના કણોનું કૅન્સર સૌથી વધુ પ્રમાણમાં હોય છે. મોટી ઉંમરે આ કૅન્સર પ્રમાણમાં ઓછું થાય છે. બાળકોમાં આ સિવાય આંખ, હાડકાં, મગજ અને કિડનીમાં કૅન્સરની ગાંઠો થાય છે.

બીજા અવયવોમાં બાળપણમાં ભાગ્યે જ કૅન્સર થાય છે. બાળકોમાં થતાં કૅન્સર પ્રમાણમાં વધારે ઉગ્ર હોય છે અને ઝડપથી શરીરમાં ફેલાય છે.

સ્ત્રી અને પુરુષમાં આમ તો સરખા પ્રમાણમાં કૅન્સર થાય છે પણ સ્ત્રીમાં સ્તન અને ગર્ભાશયનાં કૅન્સરનું મોટું પ્રમાણ હોય છે. ભારતમાં, કૅન્સરના રોગવાળી પાંચ સ્ત્રીમાંથી એકને સ્તનનું, બેને ગર્ભાશયનું, એકને મોં અથવા ગળાનું અને એકને બીજા કોઈ પણ અવયવનું હોય છે. ગર્ભાશયનું કૅન્સર ભારતની સ્ત્રીઓને અમેરિકાની સ્ત્રીઓ કરતાં લગભગ ત્રણગણું થાય છે. જાપાન સિવાય દુનિયાના લગભગ બધા દેશોમાં સ્તનનું કૅન્સર દર પાંચે એક કિસ્સામાં જોવા મળે છે. સ્ત્રીઓમાં બીજાં કૅન્સરનું પ્રમાણ પુરુષ કરતાં ઓછું હોય છે.

કૅન્સર થવાનું કારણ શું?

કૅન્સરનું કોઈ એક કારણ નથી. થોડાંક જ કૅન્સરમાં કંઈક કારણભૂત પરિસ્થિતિ તરફ આંગળી ચીંધી શકાઈ છે. બાકી તો કેટલાંયે કૅન્સરની પૂરી કથા હજુ દાક્તરો જાણતા નથી. થોડી છૂટીછવાઈ કડીઓ મળી છે એને આધારે સંશોધન ચાલે છે. શરીરમાં કોષરચના અને વ્યવસ્થામાં રહી જતી કુદરતી ખામી, રસાયણો, સતત ઈજા કે ઘસારો, તડકો કે વિશિષ્ટ પ્રકારનાં કિરણોની ચામડી અને શરીર પર થતી અસર, ખાનપાનમાં વપરાતી વસ્તુઓ પાન, તમાકુ, સિગરેટની માઠી અસર, ખોરાકમાં રહી જતી ઊણપો કે કંઈ 'વાઇરસ' જાતનાં જંતુઓનો

હુમલો–વગેરે જાતજાતનાં કારણો જુદાજુદા કિસ્સામાં જાણવા મળ્યાં છે. પણ સમગ્ર કારણ જાણવાની સાંકળમાં હજુ ઘણી કડીઓ ખૂટે છે.

રસાયણ ઉદ્યોગનાં ભયસ્થાનો

અમુક પ્રકારનાં રસાયણોના સતત સંપર્કમાં આવવાથી કે શરીરમાં શ્વાસ વાટે કે પાણીમાં એ રસાયણો જવાથી એવા ઉદ્યોગમાં કામ કરનારાઓને અમુક જાતનાં કેન્સર વધારે થાય છે તે હવે જાણીતું છે અને આવા ઉદ્યોગોમાં કામ કરનારાઓને આ જાતનાં કેન્સરની સામે રક્ષણ મેળવવાની ચેતવણી આપવામાં આવે છે.

કામધંધા સાથે કેન્સર થવાની શક્યતાનું જોડાણ કરવાની પહેલ અઢારમી સદીમાં સર પર્સિવલ પોટ નામના એક અંગ્રેજ ડૉક્ટરે કરી. એણે જોયું કે ચીમની સાફ કરવા નાના છોકરાઓ નાગા નાગા એમાં ઊતરતા અને એવા ઘણા છોકરાઓને થોડાં વર્ષો પછી પેટ અને ગોળીની ચામડીનાં કેન્સર થતાં. આ ભાગમાં કાયમ મેશ લાગ્યા કરતી અને એથી કેન્સર થતું. મેશમાં કયો પદાર્થ કેન્સર પેદા કરી શકે એવો છે એનું સંશોધન થયું. એ પછી તો ઘણા ઉદ્યોગોમાં આ શોધ પ્રસરી અને અંતે જાણવા મળ્યું કે ડામર, આર્સેનિક, ક્રૂડ ઑઈલ, રંગમાં વપરાતાં અમુક રસાયણો, એકસ-રે, ઍસ્બેસ્ટોસ કે નિકલનાં અમુક રસાયણો, કોલસા અને કેટલીક જાતના રસાયણિક ધુમાડા સાથે સંકળાયેલા ઉદ્યોગોમાં ખાસ પ્રકારનાં કેન્સર વધારે થાય છે.

હવે તો આ ભયસ્થાનો જાણીતાં થયાં છે એટલે એને માટે યોગ્ય રક્ષણ લેવાય છે, પણ ઉદ્યોગોના વિકાસની શરૂઆતમાં, ઓગણીમસી સદીમાં, આ વિશે ઘણું અજ્ઞાન હતું ત્યારે કેટલીક કમનસીબ કહાણીઓ બની ગયેલી. સ્વિટ્ઝરલૅંડનાં ઘડિયાળનાં કારખાનાંમાં કામ કરતી છોકરીઓને હાડકાંનાં કૅન્સર વધારે થવા લાગ્યાં ત્યારે એ શોધાયું કે જે છોકરીઓ રેડિયમ અક્ષરો 'ડાયલ' પર ચીતરતી તે બ્રશને વારેવારે મોઢામાં બોળતી, આથી રેડિયમ પદાર્થ સૂક્ષ્મ જથ્થામાં શરીરમાં દાખલ થતો અને વર્ષો વીતતાં એની માઠી અસરને લીધે હાડકાંનાં કૅન્સર થતાં. 'એનીલીન ડાઈ'ના રંગના ઉદ્યોગોમાં કામ કરતા માણસોને પેશાબની કોથળીનાં કૅન્સર થતાં અને કોલસાની ખાણોમાં કામ કરનારાઓને ફેફસાંનાં કૅન્સર થતાં પણ એ જ અરસામાં જોવા મળ્યાં અને આ 'ઔદ્યોગિક કૅન્સર' વિશે સંશોધન શરૂ થયું.

સતત અને એકધારી ઈજા

આમ તો શરીરને કયાંય ઈજા થવાથી કૅન્સરનો ભય રહેતો નથી પણ અમુક સંજોગોમાં વર્ષો સુધી એકધારી ઈજા થયા કરી હોય તો કૅન્સરની શક્યતાઓ વધે છે.

ધારો કે તૂટેલો કે સડેલો દાંત પેઢા કે જીભ સાથે વર્ષો સુધી ઘસાયા કર્યો હોય તો ઘણી વાર એ ઘસારાની જગ્યાએ જ કૅન્સર જોવા મળે છે. મૂત્રપિંડ (કિડની) કે પિત્તની કોથળીમાં પથરી ઘણાં વર્ષો સુધી પડી રહી હોય તોપણ એમાં સતત ઈજાને લીધે કયારેક કૅન્સર થઈ આવે છે.

કાશ્મીરમાં પણ આવું એક કેન્સર જોવા મળ્યું છે. ત્યાં ગરીબ માણસો ગરમી માટે પેટે સગડી બાંધીને ફરે છે. એનો ધીમોધીમો પણ સતત ડામ લાગવાથી એમને પેટની ચામડીનાં કેન્સર થઈ આવે છે. આને એ સગડીના નામ પરથી 'કંગડી કેન્સર' કહે છે. દક્ષિણ ભારતના અમુક પ્રદેશોમાં સ્ત્રી-પુરુષો સાડી અને ધોતીના બહુ કડણ કછોટા વાળે છે એને લીધે એમને કમર અને સાથળની ચામડીમાં કોઈ વાર કેન્સર થઈ આવે છે.

સફેદ ચામડીવાળી પ્રજામાં તો તડકામાં અને ખુલ્લામાં લાંબો સમય કામ કરનારા ખેડૂતો અને ખારવાઓને હાથ અને મોંની ખુલ્લી ચામડીનાં કેન્સર માત્ર આબોહવાથી થતી ઈજાને લીધે થઈ આવે છે. એક્સ-રે સાથે કામ કરનારા માણસો પણ પૂરતું રક્ષણ ન લે તો લોહી, ચામડી, હાડકાં અને બીજા અંદરના અવયવોમાં કેન્સર થઈ આવે છે. એક્સ-રે સાથે કામ કરતી વખતે જરૂરી રક્ષણનું ભાન ન હતું એવી ઓગણીસમી સદીની શરૂઆતનાં દસ વર્ષમાં પચાસેક એક્સ-રે-નિષ્ણાત ડૉક્ટરો કેન્સરથી મૃત્યુ પામેલા!

ખાનપાનની ખાનાખરાબી

ભારતમાં મોંની (હોઠ, જીભ, પેઢાં, તાળવું, ગળું વગેરેની) આજુબાજુ કેન્સર મોટા પ્રમાણમાં થાય છે. એનું મુખ્ય કારણ આપણા કેટલાયે માણસોની પાન, તમાકુનાં બીડાં મોંમાં રાખી મૂકવાની ટેવ, બીડી અને તમાકુનો સતત ઉપયોગ અને મોં, દાંત, જીભ, પેઢા, ગળું વગેરેની

સાફસૂફીનો અભાવ છે. માત્ર પાન ખાવાથી કૅન્સર થતું નથી પણ એનાં બીડાં, ચૂના તમાકુ સાથે મોંમાં આખો દહાડો ન મૂકી રાખવાં જોઈએ.

તમાકુ, બીડી વગેરેમાં કેવી જાત અને કેટલો વપરાશ છે એના ઉપર એની ખરાબ અસરનો આધાર છે.

ધૂમ્રપાન અને ફેફસાંના કૅન્સરનો સંબંધ તો હવે જગતભરમાં જાણીતો થઈ ગયો છે. ધુમાડામાં રહેલાં નિકોટિન અને ડામરનાં તત્ત્વો લાંબે ગાળે ફેફસાંને ઈજા પહોંચાડે છે અને એમાં કૅન્સર થવાની શક્યતા વધે છે. સિગારેટ પીવાથી કૅન્સર થાય જ એવું નથી, તેમ ન પીનારને કદી ન થાય એવું પણ નથી. પણ એટલું નક્કી છે કે જેટલી વધુ સિગરેટ પિવાય એટલો કૅન્સરનો ભય વધારે. નહીં પીનારા કરતાં રોજની દસવીસ સિગરેટ પીનારાઓમાં આ કૅન્સર દસગણું વધારે થાય છે. રોજની ત્રીસચાલીસ પીનારાઓમાં ભય આથીયે બમણો છે.

કૅન્સર વારસાગત નથી ને ચેપી પણ નથી

કોઈ કુટુંબમાં એકથી વધારે માણસોને કૅન્સર થયું હોય કે કોઈ સંજોગોમાં બાપ-દીકરાને કૅન્સર થયું હોય એવું જ્યારે સંભળાય ત્યારે ઘણા માણસોને એમ થાય છે કે કૅન્સર વારસાગત રોગ હશે. પણ ખરેખર એવું કંઈ નથી. ક્યારેક ક્યારેક એવા કિસ્સાઓ નોંધાયા છે કે જેમાં અમુક જાતનું કૅન્સર એક કુટુંબમાં વધારે પ્રમાણમાં જોવા મળ્યું હોય કે કોઈ વાર કોઈ કુટુંબમાં

કેન્સરથી પ્રમાણમાં વધારે મૃત્યુ થયાં હોય; પણ આવા થોડા કિસ્સાઓથી કેન્સરના દર્દીના વારસોને કેન્સરનો વધુ ભય છે એવું કંઈ ખાસ સાબિત થતું નથી. ડાયાબિટીસ કે લોહીના દબાણના રોગમાં જે જાતની કૌટુંબિક અભિવ્યક્તિ જોવા મળે છે એવી કેન્સરમાં જોવા મળતી નથી.

બીજો ડર ઘણા માણસોમાં એવો જોવા મળે છે કે 'કેન્સરનો ચેપ તો નહીં લાગે ને?' જેમ ક્ષય કે ઓરી-અછબડાનો ચેપ લાગે એમ કેન્સરનો ચેપ લાગતો નથી. કેન્સરમાં કંઈ એવાં જંતુ હોતાં નથી કે જે રોગ ફેલાવે.

વહેલું નિદાન જીવ બચાવે

કેન્સરને સાવ મટાડવા માટે અત્યારે તો એક જ મુખ્ય શરત છે કે એને બને તેટલું વહેલું પકડવું. કેન્સરના શરૂઆતના તબક્કામાં સાવ મટવાની શક્યતાઓ પછીના તબક્કાઓ કરતાં ઘણી વધારે હોય છે. દાખલા તરીકે સ્ત્રીઓમાં સામાન્ય એવું ગર્ભાશયનું કેન્સર પહેલા 'સ્ટેજ'માં હોય ત્યારે સોએ સિત્તેર કિસ્સામાં સાવ મટાડી શકાય છે અને છેલ્લા તબક્કામાં હોય ત્યારે સોએ સાતને પણ માંડ મટાડી શકાય છે.

કેન્સર વિષેની જાગૃતિ ભારતમાં બહુ ઓછી છે. લોકો નિષ્ણાતો સુધી પહોંચે એ પહેલાં ઘણો સમય એક યા બીજા કારણે બરબાદ થયો હોય છે. અત્યારે આપણે પુરુષોમાં સામાન્ય એવાં મોં અને ગળાનાં કેન્સર અને સ્ત્રીઓમાં સામાન્ય એવાં સ્તનનાં કેન્સરને, સોમાંથી ત્રીસ જ

કિસ્સામાં મટાડી શકીએ છીએ. એ બધાનું જો વહેલું નિદાન અને સારવાર થાય તો સોમાંથી સિત્તેરને સહેલાઈથી મટાડી શકાય. આમ સોમાંથી ચાલીસ વધારે દર્દીનાં જીવન બચાવી શકાય એવું હોવા છતાં પણ માત્ર વહેલું નિદાન ન થઈ શકવાને કારણે એટલી જિંદગીઓ કૅન્સરના રોગમાં વધારે ગુમાવીએ છીએ.

વાર્ષિક ચેક-અપ

કૅન્સરનું નિદાન જેટલું વહેલું થાય તેટલી મટવાની વધુ શકયતા છે એ વાત ખરી, પણ સવાલ એ છે કે દરેક કિસ્સામાં કૅન્સરનું નિદાન વહેલું કરી શકાય ખરું ?

આનો જવાબ એ છે કે ઘણા કિસ્સાઓમાં શરૂઆતનાં ચિહ્નોથી જ એ કૅન્સરની શકયતા વિષે પૂરી તપાસ કરી હોય તો નિદાન વહેલું થઈ શકે છે પણ શરીરના અંદરના ઊંડા અવયવોના કૅન્સરમાં, કૅન્સર થયા પછી ચિહ્નો જ એટલાં મોડાં દેખાય છે કે શરૂઆતથી જ જાગ્યા હોય તોય મોડા પડવા જેવું થાય છે. ફેફસાં, હોજરી, આંતરડાં, મૂત્રમાર્ગો વગેરેનાં કૅન્સરમાં સરેરાશ એવું બને છે કે કૅન્સર થયા પછી લગભગ દોઢ વર્ષે દર્દીને ભાન આવે છે કે એને કંઈક તકલીફ છે, અને તકલીફ લાંબી ચાલે, પછી એ તપાસ કરાવે અને કૅન્સર પકડાય ત્યારે લગભગ બે વર્ષનો ગાળો પસાર થઈ ગયો હોય છે.

હવે આવાં કૅન્સરો તો ત્યારે જ પકડાય કે જ્યારે મોટી ઉંમરના બધા માણસો કંઈ ચિહ્નો વિના પણ દર

વર્ષે પૂરેપૂરો દાક્તરી 'ચેક-અપ' કરાવે. આખી પ્રજા આવું કરાવી શકે એ તો શક્ય નથી, પણ જેને સગવડ હોય તેમણે તો આ કરાવવું હિતાવહ છે.

અમેરિકામાં આવા 'ચેક-અપ' ક્લિનિકમાં સંશોધન થયું ત્યારે માલૂમ પડયું કે કંઈ ખાસ ચિહ્નો વિના પણ પચાસથી વધુ ઉંમરના દર બસો માણસોમાંથી એકને કૅન્સર હતું અને પચાસથી ઓછી ઉંમરમાં પણ દર હજાર માણસે એકને કૅન્સર હતું!

લાલ બત્તી

કંઈ ચિહ્નો ન હોય ત્યારે કૅન્સર પકડવાની મુશ્કેલી તો ઘણી જ છે, પણ જ્યારે સૂચક ચિહ્નો હોય અને કૅન્સર ન પકડાય ત્યારે તો આપણો ઘણો દોષ કહેવાય.

પચાસથી મોટી ઉંમરમાં નીચેનાં કોઈ પણ ચિહ્નો જણાય ત્યારે એ 'લાલ બત્તી'ને અવગણ્યા વગર, નિષ્ણાતની સલાહ મેળવી લેવી જોઈએ:

૧. શરીરમાં ક્યાંયે ગાંઠ થતી દેખાય અને એ વધતી હોય (ખાસ કરીને સ્ત્રીઓએ સ્તનની ગાંઠોમાં વધારે ચેતવું જોઈએ.)

૨. મોં, જીભ કે ગળામાં પડેલું કોઈ પણ ચાંદું રુઝાય નહીં અને તકલીફ આપ્યા કરે. (ચામડી પર પણ આવું ચાંદું હોય તોયે ચેતવું જોઈએ.)

૩. ગળફો, પેશાબ કે ઝાડામાં અચાનક લોહી પડવાનું શરૂ થાય અને વારેવારે પડ્યા કરે. (સ્ત્રીઓમાં

પણ માસિક અટકાવ બધ થયા પછી પાછુ કયારેક લોહી પડવાનુ શરૂ થાય ત્યારે ખાસ ચેતવુ જોઈએ.)

૪. ખાસી, ઉધરસ મટે જ નહી અને અવાજ તરડાઈ જવા માડે અને લાબો સમય સુધરે નહી.

૫ ભૂખ મરી જાય કે ખોરાક ગળામા ઉતારતા ક્યાક અટકતો હોય એવુ લાગે અને કઈ કારણ વિના વજન ઘટવા લાગે

૬ કુદરતી હાજતની, ઝાડો પેશાબની, જે ટેવ કે નિયમ હોય એમા કઈક વિચિત્ર ફેરફાર થવા માડે

૭ મસો કે ચામડીનો ડાઘ રગ બદલવા માડે કે ઝડપથી વધવા માડે

ઉપરના ચિહ્નો હોય એટલે કેન્સર હશે જ એમ માની ગભરાઈ જવાની જરૂર નથી સાવ સામાન્ય રોગોમા પણ આવા ચિહ્નો થાય ખરા પણ "કઈ નથી, મટી જશે, નકામા વહેમમા શુ પડવુ ?" એમ માની હાથ જોડી બેસી ન રહેવુ જોઈએ અને યોગ્ય તપાસ કરાવીને શકા દૂર કરી લેવી જોઈએ

કેન્સરનુ નિદાન કેવી રીતે થાય ?

આગળ વધી ગયેલુ કેન્સર તો જોતા કે અડતાની સાથે ખબર પડી જાય એવુ હોય છે, પણ ખરી જરૂર તો ઓછામા ઓછા ચિહ્નો સાથે જેટલુ બને તેટલુ વહેલુ નિદાન કરવાની છે આ માટે નિષ્ણાતોને અમુક ખાસ જાતની તપાસ કરવાની જરૂર રહે છે

પહેલાં પગલે તો આખા શરીરની ઝીણવટથી તપાસ કરવાની હોય છે. મોંમાં, ચામડી પર, સ્તનમાં, ગુદામાં, ગર્ભાશય પર કયાંય ગાંઠો કે ચાંદાં હોય, કે ગળામાં, બગલમાં કે જાંઘમાં 'લીમ્ફ'ની ગ્રંથિઓ વધેલી હોય તો આવી તપાસથી જાણી શકાય છે.

એથી આગળ વધીને જો ગળામાં, સ્વરપેટીમાં, શ્વાસનળી કે અન્નનળીમાં, હોજરીમાં, મૂત્રાશય કે મળાશયમાં ઊંડે કૅન્સરની શંકા હોય તો જુદાંજુદાં દૂરબીન જેવી રચનાવાળાં, નળી આકારનાં યંત્રો પસાર કરીને આ બધા અવયવોની અંદરથી તપાસ કરી શકાય છે અને ચાંદું કે ગાંઠ હોય તો નજરોનજર જોઈ શકાય છે.

આ ઉપરાંત એક્સ-રે ફોટાઓનો પણ સહારો લેવો પડે છે. આવા ફોટાઓથી હાડકાંનાં તથા શ્વાસનળીઓ, ફેફસાં, હોજરી, આંતરડાં, મૂત્રપિંડો, મૂત્રાશય, પિત્તાશય વગેરેનાં કૅન્સર પારખી શકાય છે.

સૌથી આખરી તપાસમાં તો જ્યાં પહોંચી શકાય ત્યાંથી આવાં શંકાભર્યાં ચાંદાંઓ કે ગાંઠમાંથી એક ટુકડો કાઢીને એને સૂક્ષ્મદર્શક યંત્ર વડે તપાસીને કૅન્સર છે કે નહીં તે નક્કી કરી શકાય છે. આ તપાસને બાયૉપ્સી (biopsy) કહેવાય છે. એમાં કૅન્સર છે કે નહિ તે ઉપરાંત હોય તો તેની તીવ્રતા પણ એના કોષોની જાત અને રચના પરથી ઘણી વાર નક્કી કરી શકાય છે.

ક્યારેક આવી લાંબી તપાસોને બદલે માત્ર ગળફો, પેશાબ, ઝાડો, હોજરીને નળીવાટે ધોઈને કાઢેલું પ્રવાહી

કે યોનિમાર્ગમાં રહેલા રસનું પૂમડું લઈ કે છાતીયા પેટમાંથી ભરાયેલું પ્રવાહી કાઢીને, કે સ્તનમાંથી રસ ઝરતો હોય તો તે લઈને તેમાં રહેલા કોષોમાં સૂક્ષ્મદર્શક યંત્ર વડે કૅન્સરમાંથી ખરી પડેલા કોષો શોધવા માટે પ્રયત્ન કરવામાં આવે છે. આ રીતને સાઈટોલૉજી (Cytology) કહે છે. આવા ખરી પડેલા કોષો જો કૅન્સરના છે એમ નક્કી કરી શકાય તો પ્રમાણમાં સહેલાઈથી નિદાન થઈ જાય છે. જોકે આવા ખરી પડેલા કોષોને શોધવાની અને એની જાત નક્કી કરવાની મુશ્કેલીઓને કારણે આ પદ્ધતિનો ઉપયોગ ઘણો મર્યાદિત બની જાય છે. આનો સૌથી વધુ ઉપયોગ તો ગર્ભાશયનાં કૅન્સર પારખવામાં થાય છે.

મુખ્ય સારવાર શસ્ત્રક્રિયા

કૅન્સરની સારવાર મુખ્યત્વે ઑપરેશન, એક્સ-રે અને કૅન્સરમારક દવાઓથી થાય છે. ઘણા કિસ્સાઓમાં આમાંથી એક, બે યા બધી રીતોનો સાથે ઉપયોગ કરવો પડે છે.

મટાડી શકાય એવા કૅન્સરમાં મુખ્ય ફાળો ઑપરેશનનો રહે છે. કૅન્સરની શસ્ત્રક્રિયા એની વિશાળતાને લીધે સામાન્ય શસ્ત્રક્રિયાથી થોડી જુદી પડે છે. કૅન્સરમાં આખો અવયવ, અને એની આજુબાજુ જ્યાં ફેલાવો થયો હોય તે ભાગો અથવા તો એની બધી 'લીમ્ફ' ગ્રંથિઓની સાથે આખો અવયવ કાઢી નાખવો પડે છે. આથી આ ઑપરેશન પ્રમાણમાં વધુ ઉગ્ર જાતનાં હોય છે. શસ્ત્રક્રિયાનો વિકાસ, લોહી આપવાની સગવડ, બેભાન કરવાની

ક્રિયાના જ્ઞાનની થયેલી પ્રગતિ અને અનેક જાતની દવાઓનો આજે મળતો લાભ વગેરેને લીધે આ જાતની શસ્ત્રક્રિયા પણ લઈ શકાય એટલા જોખમથી સફળતાપૂર્વક કરી શકાય છે.

ઑપરેશન ક્યારે?

ઑપરેશનથી પૂરેપૂરું કેન્સર કાઢી શકાય એવું ન હોય ત્યારે જેટલું બને તેટલું કાઢીને, એનું દર્દ કે તકલીફ દૂર કરીને, જેટલું જીવન બાકી હોય તેટલું સુખે જિવાય એવી વ્યવસ્થા કરી શકાય છે. ક્યારેક કેન્સર પર સાવ ઑપરેશન ન જ કરી શકાય એવું હોય ત્યારે શ્વાસ કે ખોરાકના માર્ગનો અટકાવ દૂર કરવા નાનાં નાનાં ઑપરેશનો કરીને કામચલાઉ રાહત પણ આપી શકાય છે. અમુક સંજોગોમાં ઑપરેશન કરીને અંતઃસ્રાવી ગ્રંથિઓને કાઢી નાખવાથી કેન્સરનો ઝડપી ફેલાવો અટકાવીને અને એનું દર્દ ઓછું કરીને જિંદગી લંબાવી શકાય છે.

એક્સ-રે ને કોબાલ્ટ થેરાપી

કેન્સરના ઝડપથી વિભાજન પામતા કોષો પર એક્સ-રે કે કોબાલ્ટ કિરણોની વધારે ઉગ્ર અસર થાય છે જ્યારે આજુબાજુના સ્નાયુઓ ઉપર આ કિરણોની નજીવી અસર થાય છે.

એક્સ-રે યંત્રો તથા કોબાલ્ટમાંથી પેદા થતાં કિરણોની આ ખાસ શક્તિનો ઉપયોગ કેન્સર સામે કરવામાં આવે છે. ચામડી, લોહીના કોષો, મોં, અન્નનળી, ગર્ભાશય,

વૃષણ (testis) અને બીજાશય (ovary) વગેરેનાં કૅન્સરમાં આનો ઉપયોગ વધારે થાય છે. બીજા સ્નાયુઓ, હોજરી, આંતરડાં, મૂત્રપિંડ વગેરેનાં કૅન્સરો પર આવાં કિરણોની અસર ઓછી થાય છે. ગર્ભાશયના નાકા પર થતાં કૅન્સરોમાં 'રેડિયમ'ની સળીઓ સીધી લગાડી શકાય છે. આમ કરવાથી કૅન્સર પરજ બધાં કિરણો કેન્દ્રિત થાય છે અને આજુબાજુના સ્નાયુઓ એની નુકસાનકારક અસરમાંથી બચી જાય છે. કોબાલ્ટના શક્તિશાળી યંત્રમાંથી પણ એવાં કિરણો કૅન્સર પર ઊંડે કેન્દ્રિત કરી શકાય છે અને જે ચામડી અને સ્નાયુઓમાંથી તેમને પસાર કરવાં પડે છે તેના પર પ્રમાણમાં ઘણી ઓછી નુકસાનકારક અસર થાય છે.

આ જાતનાં કિરણો અમુક જાતનાં જ કૅન્સરને સાવ મટાડી શકે છે. મોટા ભાગનો એનો ઉપયોગ ઑપરેશન કર્યા પછી શરીરમાં રહી ગયેલા કૅન્સરના ભાગને અને એના રહ્યાસહ્યા કોષોને મારવા માટે જ થાય છે. જ્યાં કોઈ જાતનું ઑપરેશન શક્ય ન હોય ત્યાં પણ કૅન્સરને આગળ વધતું અટકાવવા, એનું દર્દ ઓછું કરવા, અથવા ઑપરેશનને લાયક બનાવવા માટે આવાં કિરણોનો અસરકારક ઉપયોગ થાય છે.

કૅન્સર-મારક દવાઓ

માત્ર કૅન્સરના જ કોષોનો નાશ કરે અને શરીરના બીજા કોષોને ખાસ ઈજા ન કરે એવી દવાઓ શોધવાનું

કૅન્સર-નિષ્ણાતોનું એક મોટું સ્વપ્ન છે. આ દિશામાં ઘણું સંશોધન ચાલે છે. એને પરિણામે છેલ્લાં થોડાં વર્ષોમાં, સાવ આદર્શ તો નહીં પણ અમુક અંશે ઉપયોગી થોડી દવાઓ હાથ લાગી છે.

આ દવાઓની અસર લોહીના કોષો પર અમુક અંશે વિપરીત પડે છે એથી એનો ઉપયોગ ખૂબ કાળજી-પૂર્વક અને મર્યાદિત કરવો પડે છે. કૅન્સરને કાબૂમાં રાખવામાં કે એના દર્દને ઓછું કરવામાં આવી દવાઓનો ઉપયોગ પ્રચલિત થતો જાય છે. ઑપરેશન પછી પણ અમુક કિસ્સાઓમાં કિરણોને બદલે આવી દવાઓ વધુ અસરકારક નીવડી છે.

લોહીના કોષોના કૅન્સરમાં તો માત્ર આવી દવાઓ સિવાય બીજું કોઈ સારવારનું સાધન આપણી પાસે નથી.

આ દવાઓ મોટે ભાગે કૅન્સરના કોષોના વિકાસ અને વિભાજનમાં ક્યાંક રસાયણિક અવરોધ ઊભો કરે છે, અને એમને વધતા અટકાવે છે, અને ઘણા કોષોનો નાશ કરે છે. આવી દવાઓમાં નાઈટ્રોજન મસ્ટાર્ડ, 'થાયોટીપા', 'એન્ડોક્ષાન', 'મેથોટ્રેક્ષેટ', 5–FU, 'માયલેરાન', 'લ્યુકેરાન', વગેરે વધારે જાણીતી છે.

આ દવાઓ ઇન્જેક્શન, ગોળીઓ ઉપરાંત ક્યારેક કૅન્સરના અવયવોની લોહીની નસમાં સીધા ઇન્જેક્શન દ્વારા કે છાતી, પેટના પોલાણમાં ઇન્જેક્શન દ્વારા નાખીને પણ વાપરી શકાય છે.

આવી સીધી કૅન્સરમારક દવાઓ તરીકે અમુક એન્ટીબાયોટિક દવાઓની પણ શોધ થઈ છે. એમાં 'માઈટોમાઈસીન, એક્ટાઈનોમાઈસીન', વગેરે મુખ્ય છે. હોર્મોનની ગોળીઓ અને 'કોર્ટીઝોન'ની ગોળીઓ, ઈંજેક્શન વગેરે પણ પ્રોસ્ટેટ, સ્તન વગેરેનાં કૅન્સરમાં ખાસ ઉપયોગી નીવડે છે.

મોંનાં કૅન્સરો

ભારતમાં મુખ્ય કૅન્સર મોં, ગળું, સ્તન અને ગર્ભાશયમાં થાય છે.

મોઢામાં ખાસ કરીને જીભના પાછળના ભાગમાં વધારે પડતાં કૅન્સર થાય છે. એ સિવાય ગાલની અંદરના ભાગમાં, હોઠ ઉપર અને જડબામાં પણ કૅન્સર થાય છે.

જીભનું કૅન્સર આગળના ભાગમાં હોય તો તો ચાંદું દેખાય છે પણ પાછળના ભાગમાં હોય ત્યારે ઘણો વખત સુધી દર્દીને ખ્યાલ નથી આવતો. કોઈ વાર સહેજ દુઃખે કે લોહી પડે ત્યારે તપાસ કરાવે તો જ ખબર પડે છે. ઘણી વાર તો ગળાના ભાગમાં ફેલાઈને ગાંઠ ઉપસી આવે ત્યારે જ ધ્યાન દોરાય છે. ગુજરાતી હિંદુઓમાં આનું પ્રમાણ કંઈક વધારે છે.

જીભની પાછળ અને ગળાના ઉપરના ભાગમાં કૅન્સર હોય તો શસ્ત્રક્રિયા મુશ્કેલ બને છે. ઘણું ખરું તો કિરણોથી જ આની સારવાર કરવાની હોય છે. સમયસર પકડાયું હોય તો જ આ કૅન્સર સાવ મટાડી શકાય છે.

જીભની આગળના ભાગમાં કેન્સર હોય તો ઑપરેશનથી જીભ અડધી કાઢીને કેન્સર મટાડી શકાય છે. ગળાની 'લીમ્ફ' ગ્રંથિઓમાં જો કેન્સર ફેલાયું હોય તો ગ્રંથિઓનો જથ્થો એકી સાથે કાઢવાનું ઑપરેશન કરી શકાય છે.

હોઠ અને ગાલની અંદરનાં કેન્સરનાં કારણોમાં ગંદું મોં, સડેલા દાંત, તમાકુ બીડી પાનનો અતિરેક, સારા પોષણનો અભાવ વગેરેનો ફાળો ઘણો છે. આમાંનાં મોટા ભાગનાં કેન્સરો ઑપરેશનથી કાઢી શકાય છે. ક્યારેક એક્સ-રે અને રેડિયમનો પણ ઉપયોગ કરાય છે. મોંના તળિયાનાં અને ગાલનાં કેટલાંક કેન્સરમાં જડબાનો થોડો ભાગ પણ ક્યારેક કાઢી નાખવાનું જરૂરી બને છે.

સ્વરપેટીના કેન્સરમાં અવાજ તરડાઈ જાય છે. ગળું આવી ગયું હોય તોપણ અવાજ આવતાં બગડે; પણ જ્યારે આવું લાંબું ચાલે કે થૂંકમાં લોહી જેવું લાગે તો તરત તપાસ કરાવી લેવી જોઈએ. ઑપરેશનથી કે કિરણોથી આની સારવાર કરવામાં આવે છે. એ જણાવવું જરૂરી છે કે આખી સ્વરપેટી કાઢી નાખી હોય તોપણ પછી, ગળાને કેળવીને એમાંથી થોડો અવાજ પેદા કરી શકાય છે.

અન્નનળી, હોજરી અને આંતરડાંનાં કેન્સર

અન્નનળીનાં કેન્સર પણ ભારતમાં ઠીક ઠીક જોવા મળે છે. ખોરાક અને પછી પ્રવાહી ગળવામાં ઉત્તરોત્તર વધતી જતી મુશ્કેલી એ સામાન્ય ફરિયાદ હોય છે. બેરિયમ

એકમ રે ફોટા પરથી આનું નિદાન નક્કી થઈ શકે છે.

કેન્સર જો બહુ આગળ ન વધેલુ હોય તો ઑપરેશનથી અન્નનળીનો અમુક ભાગ કાઢી શકાય છે, અને હોજરીને છાતીમાં લાવી એની સાથે જોડી શકાય છે. કેટલાક કિસ્સાઓમા એકસ રે આપી એને અમુક અંશે કાબૂમાં રાખી શકાય છે. ઘણા કિસ્સાઓમાં અન્નનળીની અંદર પ્લાસ્ટિકની નળી મૂકીને, દર્દી જાડાં પ્રવાહી ગળી શકે એટલી રાહત આપી શકાય છે.

હોજરીના કેન્સરમા ચિહ્નો સામાન્ય હોવાથી મોટા ભાગના કિસ્સાઓમાં મોડી જ ખબર પડે છે ભૂખ મરી જાય, પેટ થોડા ખોરાકમા ભારે લાગે, ઊબકા આવે, વજન ઘટતુ જાય, કોઈ વાર ઊલટીમા લોહી પડે કે ઝાડો કાળો થાય. આવા ઘણા ચિહનો આમ તો સામાન્ય માંદગીઓમાં પણ થાય છે પણ જ્યારે લાણુ ચાલે ત્યારે યોગ્ય તપાસ કરી લેવી જોઈએ. બેરિયમ એકસ-રે ફોટા પરથી ઘણુ ખરુ આનુ ચોક્કસ નિદાન થઈ શકે છે

આ કેન્સર માટે ઑપરેશન એક જ આશા છે, કિરણો આમાં ખાસ કામ નથી આવતા. આતરડાંના કેન્સરમાં પેટનો દુખાવો મરડો કબજિયાત વા છૂટ બંધ થવી, ઝાડામાં લોહી પડવુ, શરીરમાં ફિકાશ આવવી વગેરે ચિહ્નો દેખાય છે. બેરિયમ એકસ રે કે કયારેક સાદી તપાસ કે નળીદ્વારા જોતા ગાંઠ માલમ પડી આવે છે.

આવા કિસ્સાઓમાં પણ ઑપરેશન સિવાય બીજો કંઈ ઉપાય રહેતો નથી.

સ્ત્રી અને કૅન્સર

સ્ત્રીને પણ પુરુષની જેમ જ આખા શરીરમાં ક્યાંયે કૅન્સર થઈ શકે છે, પણ સ્ત્રીનાં પાંચ કૅન્સરમાં ત્રણ કૅન્સર સ્તન અને ગર્ભાશયનાં હોય છે. ગર્ભાશયનાં કૅન્સરનું પ્રમાણ ભારતમાં વધારે છે, પશ્ચિમનાં દેશોમાં સ્તનનું પ્રમાણ વધારે છે. અપરિણીત કે ઓછાં બાળકોવાળી હોય અથવા બાળકોને ધવડાવ્યાં ન હોય તેવી સ્ત્રીઓને સ્તનનાં કૅન્સર પરિણીત અને વધુ બાળકોવાળી સ્ત્રીઓ કરતાં વધુ પ્રમાણમાં હોય છે. જ્યારે વધુ બાળકોવાળી સ્ત્રીઓમાં ગર્ભાશયનાં કૅન્સર, બીજી સ્ત્રીઓ કરતાં વધારે હોય છે. ચાલીસની ઉંમર પછી આનું પ્રમાણ વધારે હોય છે.

સ્તનનું કૅન્સર, કઠણ ગાંઠરૂપે ઘણુંખરું દેખાય છે. ક્યારેક ડીંટડીમાંથી લોહી પડે છે અને કૅન્સરને લીધે એ અંદર ખૂંચી જાય છે. ઑપરેશન કરીને એક આખું સ્તન કાઢી નાખવામાં આવે છે. બગલમાં ગાંઠો હોય તો વાત આગળ વધી ગયેલી મનાય છે. ઑપરેશન પછી પણ ઘણા કિસ્સાઓમાં ઑપરેશનના ભાગમાં અને બગલમાં ક્ષિરણો આપવામાં આવે છે. જુવાન વયમાં ઘણી-વાર બીજકોષો (ovaris) ઑપરેશનથી કાઢી નાખવાની કે કિરણોથી બાળી નાખવાની જરૂર પડે છે. આગળ વધેલા કિસ્સાઓમાં પુરુષના હૉર્મોનનાં ઇંજેક્શન આપવામાં આવે

છે અને હાડકાંમાં ફેલાયું હોય ને દર્દ હોય તો એડ્રિનલ ગ્રંથિ પર પણ ઑપરેશન કરવાં પડે છે.

ગર્ભાશયનું કૅન્સર, એના નાકા ઉપર ઘણું ખરું વધારે થાય છે. માસિક અટકાવ સાવ બંધ થઈ ગયા પછી લોહી પડે, કે અટકાવ ચાલુ હોય ત્યારે વચ્ચે વચ્ચે લોહી પડે, અથવા વધારે પડતો લોહીવા હોય, કે યોનિમાંથી ગંધાતું પ્રવાહી પડતું હોય, કે સંભોગ પછી યોનિમાંથી લોહી પડવા લાગે ત્યારે કૅન્સર છે કે નહીં તે ચકાસણી કરાવી લેવી જોઈએ. સામાન્ય તપાસ કે ટુકડો કાઢીને કે યોનિના પ્રવાહીને સૂક્ષ્મદર્શક યંત્રથી તપાસીને આનું નિદાન કરવામાં આવે છે.

આવાં કૅન્સરો વહેલાં પકડાયાં હોય તો મોટા ભાગનાં તો ઑપરેશન કે એક્સ-રે કે રેડિયમ લગાડીને મટાડી શકાય છે.

ફેફસાંનું કૅન્સર

આ કૅન્સરને ધૂમ્રપાન સાથે ચોક્કસ સંબંધ છે. ત્રીસ-ચાળીસ સિગરેટ પીનારા પુરુષોમાંથી દસમાંથી એકને આ કૅન્સર થાય છે. પશ્ચિમના દેશોમાં આનું પ્રમાણ વધારે છે.

લાંબા સમય સુધી ચાલતી ખાંસી, ગળફામાં પડતું લોહી, શ્વાસમાં એકાએક પડવા માંડેલી તકલીફ વગેરે આની લાલ બત્તીઓ છે. છાતીમાં દુખે કે તાવ આવે, બહુ લોહી પડે, વજન ઓછું થાય એવી પરિસ્થિતિ થાય ત્યારે મોડું થઈ ગયું હોય છે.

છાતીના સામાન્ય ફોટા પરથી કે મોઢા વાટે શ્વાસનળીમાં યંત્ર પસાર કરીને આનું નિદાન થઈ શકે છે. ગળફામાં કૅન્સરના કોષો વિશે પણ તપાસ કરી શકાય છે.

જો થઈ શકે એવું હોય તો અડધું કે આખું ફેફસું કાઢીને એની સારવાર કરવામાં આવે છે.

મૂત્રમાર્ગનાં કૅન્સરો

આ બધાં લગભગ પચાસ પછીનાં કૅન્સરો છે પણ ક્યારેક વહેલાં થાય છે ખરાં. મૂત્રપિંડ (કિડની) અને મૂત્રાશય (બ્લૅડર)નાં કૅન્સર સ્ત્રી-પુરુષ બંનેમાં થાય છે જ્યારે પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિનાં પુરુષમાં જ હોય છે.

કિડનીનાં કૅન્સરમાં પેશાબમાં લોહી પડે છે, ક્યારેક લાંબા કાળા ગાંઠાઓ હોય છે અને કમરમાં કે પેટમાં ચૂંક આવે છે. પેટ તપાસતાં અમુક કિસ્સામાં કિડનીમાં ગાંઠ છે તેમ ખબર પડે છે.

મૂત્રાશયના કૅન્સરમાં પણ પેશાબમાં લોહી પડે છે. ક્યારેક દુખાવો અને બળતરા, ગંધાતો પેશાબ વગેરે પણ જોવા મળે છે.

પ્રોસ્ટેટના કૅન્સરમાં પેશાબ કરવા વારંવાર જવું પડે, ખુલાસાથી ન થાય, બળતરા થાય કે કમરના પાછળના ભાગમાં દુખાવો થાય. કિડની, અને બ્લૅડરનાં કૅન્સરો એક્સ-રે (પાયલોગ્રાફી)થી જોઈ શકાય છે. મૂત્રાશયને તો જનનેંદ્રિયમાંથી દૂરબીન જેવું યંત્ર નાખીને

અંદરથી તપાસી શકાય છે અને કૅન્સર હોય તો એનો ટુકડો પણ યંત્ર વાટે કાઢી શકાય છે.

પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિના કૅન્સરને ગુદામાં આંગળી નાખીને તપાસી શકાય છે. આ સિવાય લોહી તપાસાય છે કે કૅન્સરનો ટુકડો ગુદા વાટે કે યંત્ર વાટે કાઢી શકાય છે.

કિડનીના કૅન્સરમાં કિડની ઑપરેશનથી કાઢી નાખવામાં આવે છે. મૂત્રાશયનાં કૅન્સરોમાં પેશાબની કોથળીનો ભાગ કે આખી કોથળી કાઢી નાખવામાં આવે છે. પ્રોસ્ટેટનાં કૅન્સરોની, ઑપરેશનથી કે હોર્મોનની ગોળીઓ અને ઇંજેક્શનથી સારવાર કરાય છે.

ચામડી, સ્નાયુ (muscle) અને હાડકાંનાં કૅન્સર

ચામડી પરનાં હઠીલાં ચાંદાં કે ગાંઠોની તપાસ વહેલી કરાવી લેવી જોઈએ. ચામડીનાં મોટા ભાગનાં કૅન્સરો તો શસ્ત્રક્રિયા, કિરણો કે રેડિયમથી મટાડી શકાય છે.

સ્નાયુ અને હાડકાંઓનાં કૅન્સરો હાથપગમાં વધારે થાય છે. આને માટે શસ્ત્રક્રિયાથી હાથપગ કાઢવા ઉપરાંત અમુક જાતોમાં કિરણો પણ કામ આપે છે.

લોહીના કોષોનાં કૅન્સર

આ કૅન્સરો બીજાં કૅન્સરો કરતાં થોડાં જુદાં પડે છે. આમાં ગાંઠો ઘણુંખરું હોતી નથી પણ શરીરની એક આખી વ્યવસ્થા ભાંગી પડે છે. લોહીના કોષો જે હાડકાંના પોલાણમાં, લીમ્ફ ગ્રંથિઓમાં, બરોળમાં, કાળજામાં પેદા થતા હોય ત્યાં જ આવા કૅન્સરની જાતના કોષો પેદા

થવા માંડે છે. આમાં તાવ આવે, શરીર ફિક્કુ પડે, ક્યાંયથી પણ લોહી પડે, અશક્તિ દેખાય, લીમ્ફ ગ્રંથિઓમાં ગાંઠો દેખાય કે બરોળ અને કાળજું મોટાં થાય છે. લોહીની તપાસથી, હાડકાંના પોલાણનો રસ તપાસીને કે વધેલી લીમ્ફ ગ્રંથિને ઑપરેશનથી કાઢીને તપાસવાથી આનુ નિદાન થાય છે.

આવા આખા શરીરમાં ફેલાયેલા કેન્સરને સાવ મટાડવાનો અત્યારે કોઈ ઇલાજ નથી. દવાઓથી, લોહી આપ્યા કરીને કે ક્યારેક ગાંઠો ઉપર કિરણોનો ઉપયોગ કરીને આ રોગો પર કંઈક કાબૂ લાવીને, થોડું જીવન લંબાવી શકાય છે. આ રોગો લ્યુકીમિયા કે Hodgkins Disease વગેરે નામોથી ઓળખાય છે.

બાળક અને કેન્સર

આંખનું, હાડકાનું, કિડનીનું અને મગજનું કેન્સર ઉપરાંત લ્યુકીમિયા (લોહીનું કેન્સર) વગેરે બાળકોના ખતરનાક રોગો છે.

આંખનું અને કિડનીનું કેન્સર તો ઘણી વાર બાળક જન્મની સાથે જ લઈને આવે છે. આને માટે ઑપરેશન થોડીક આશા આપે છે.

હાડકાંનાં કેન્સરની એક્સ-રેથી ખબર પડે છે અને શસ્ત્રક્રિયા કે કિરણો, જુદાજુદા સંજોગોમાં ઉપયોગી થાય છે. કિડનીના કેન્સરમાં ઑપરેશનથી કિડની કાઢીને કિરણો અને કેન્સરમારક દવાઓ આપવાથી થોડું આયુષ્ય મળે છે અને ક્યારેક સાવ મટી જાય છે.

અગિયારમા વર્ષમાં પ્રગટ થનારી પુસ્તિકાઓ

* ગાંધીજી—એક કેળવણીકાર	મૂળશંકર મો. ભટ્ટ
* અખાની કવિતા	ભૂપેન્દ્ર ત્રિવેદી
* ગાંધીવિચારો જુનવાણી થઈ ગયા છે ?	નારાયણ દેસાઈ
* ચંદ્ર ઉપર ઉતરાણ	વિજયગુપ્ત મૌર્ય
* ભારતની અકાદમીઓ	સરલા જગમોહન
* જર્મન મહાકવિ ગટે	જયન્ત જોશી
* ગાંધીજીનું આરોગ્યચિંતન	મહેરવાન ભમગરા
* ગાંધીજીનું ગદ્ય	અમૃતલાલ યાજ્ઞિક
* કૅન્સર મટી શકે છે	ડૉ. ભાનુ ર. શાહ
અંધજનોનું શિક્ષણ	રાજેન્દ્ર વ્યાસ
બાતરોજગારી માટે બૅન્કો શું કરી શકે?	અરવિન્દ મફતલાલ
ખાધપૂરક પદ્ધતિ શું છે?	નરોત્તમ શાહ
સંસદસભ્યોના વિશેષાધિકારો	તારકેશ્વરી સિંહા
અણુવીજળી	રોહિત દવે
ગોવર્ધનરામ	મનસુખલાલ ઝવેરી
બલવંતરાય ઠાકોર	સુન્દરમ્
ભારતના કામદારસંઘો	અનંત રાવળ
ગાંધીજી	યશવંત દોશી
ગાંધીજીની અહિંસા	પંડિત સુખલાલજી
ગાંધીજીનું અર્થશાસ્ત્ર	વાડીલાલ ડગલી
ગાંધીજીના વિચારોનો કેટલો અમલ શકય છે ?	મોરારજી દેસાઈ
રિઝર્વ બૅન્ક શું છે?	વી. જી. પેંઢારકર
આપણાં બંદરો	દિનકર મહાત્મે
સ્પીકરની કામગીરી	નગીનદાસ સંઘવી

* ફૂદડીવાળી પુસ્તિકાઓ પ્રગટ થઈ ગઈ છે.

વર્ષમાં ચોવીસ પુસ્તિકાઓ પ્રગટ થાય છે. છૂટક નકલ ૬૦ પૈસા. વાર્ષિક લવાજમ ૧૨ રૂપિયા (પરદેશમાં ૨૪ શિલિંગ).

પરિચય ટ્રસ્ટ, ૧૯/૨૧, હમામ સ્ટ્રીટ, મુંબઈ-૧
ટેલિફોન ૨૫૪૦૫૯

થવા માંડે છે. આમાં તાવ આવે, શરીર ફિક્કું પડે, ક્યાંયથી પણ લોહી પડે, અશક્તિ દેખાય, લીમ્ફ ગ્રંથિઓમાં ગાંઠો દેખાય કે બરોળ અને કાળજું મોટાં થાય છે. લોહીની તપાસથી, હાડકાંના પોલાણનો રસ તપાસીને કે વધેલી લીમ્ફ ગ્રંથિને ઑપરેશનથી કાઢીને તપાસવાથી આનું નિદાન થાય છે.

આવા આખા શરીરમાં ફેલાયેલા કૅન્સરને સાવ મટાડવાનો અત્યારે કોઈ ઇલાજ નથી. દવાઓથી, લોહી આપ્યા કરીને કે કયારેક ગાંઠો ઉપર કિરણોનો ઉપયોગ કરીને આ રોગો પર કંઈક કાબૂ લાવીને, થોડું જીવન લંબાવી શકાય છે. આ રોગો લ્યુકીમિયા કે Hodgkins Disease વગેરે નામોથી ઓળખાય છે.

બાળક અને કૅન્સર

આંખનું, હાડકાનું, કિડનીનું અને મગજનું કૅન્સર ઉપરાંત લ્યુકીમિયા (લોહીનું કૅન્સર) વગેરે બાળકોના ખતરનાક રોગો છે.

આંખનું અને કિડનીનું કૅન્સર તો ઘણી વાર બાળક જન્મની સાથે જ લઈને આવે છે. આને માટે ઑપરેશન થોડીક આશા આપે છે.

હાડકાંનાં કૅન્સરની એક્સ-રેથી ખબર પડે છે અને શસ્ત્રક્રિયા કે કિરણો, જુદાજુદા સંજોગોમાં ઉપયોગી થાય છે. કિડનીના કૅન્સરમાં ઑપરેશનથી કિડની કાઢીને કિરણો અને કૅન્સરમારક દવાઓ આપવાથી થોડું આયુષ્ય મળે છે અને કયારેક સાવ મટી જાય છે.

સારણગાંઠ અને વધરાવળ

ડૉ. ભાનુ ર. શાહ

પરિચય પુસ્તિકા પ્રવૃત્તિ–૨૮૨

પરિચય પુસ્તિકા પ્રવૃત્તિ

સંપાદક: વાડીલાલ ડગલી

આ પ્રવૃત્તિ બાર વર્ષથી ચાલી રહી છે વેગથી આગળ વધી રહેલી જ્ઞાન અને માહિતીની દુનિયામાં વાચકો પાછળ ન પડી જાય એ જોવાનો તેનો હેતુ છે જ્ઞાનનું કોઈ ક્ષેત્ર આ પુસ્તિકાઓએ બાકાત રાખ્યુ નથી લલિત કલાઓથી અવકાશવિજ્ઞાન સુધી અને બાળઉછેરથી માંડી ઉપનિષદો સુધીના તમામ વિષયો આમાં આવે છે. સૌને એ સરળ ભાષામા માહિતી આપે છે બહેનોને માટે એ રસપ્રદ વાચન પૂરું પાડે છે વિદ્યાર્થીઓ માટે એ સામાન્ય જ્ઞાનનુ ઉત્તમ અને કિંમતમા સસ્તુ સાધન છે

વર્ષમાં ચોવીસ પુસ્તિકાઓ પ્રગટ થાય છે.

છૂટક કિંમત ૬૦ પૈસા

વાર્ષિક લવાજમ ૧૨ રૂપિયા, પરદેશમાં ૨૪ શિલિંગ

ગ્રંથ

તંત્રી: યશવત દોશી

'ગ્રંથ' એટલે પુસ્તકોની દુનિયામાં ડોકિયું"

આપ પ્રાધ્યાપક હશો, શિક્ષક હશો કે વિદ્યાર્થી હશો, પત્રકાર હશો કે ગ્રંથપાલ હશો, કે પછી પુસ્તકમા રસ ધરાવનાર વાચક હશો. તો તમને 'ગ્રંથ' વાચવાનું ઉપયોગી લાગશે. 'ગ્રંથ' દર મહિને ઢગલાબંધ પુસ્તકોની ઓળખ અને પરખ કરાવે છે

વાર્ષિક લવાજમ ૧૦ રૂપિયા, પરદેશમાં ૨૦ શિલિંગ

પરિચય ટ્રસ્ટ, ૧૯/૨૧, હમામ સ્ટ્રીટ, મુંબઈ–૧
ટેલિફોન ૨૫૪૦૫૯

પરિચય પુસ્તિકા પ્રવૃત્તિ–૨૮૨

સારણગાંઠ અને વધરાવળ

ડૉ. ભાનુ ર. શાહ



પરિચય ટ્રસ્ટ

સંપાદક: વાડીલાલ ડગલી

પ્રકાશક
યશવંત દોશી
પરિચય ટ્રસ્ટ
બોમ્બે મ્યુચ્યુઅલ ચેમ્બર્સ
૧૯/૨૧, હમામ સ્ટ્રીટ, મુંબઈ–૧

મુદ્રક
ધીરુભાઇ ઝીણાભાઈ દેસાઈ
સ્ટેટ્સ પીપલ પ્રેસ,
જન્મભૂમિ ભવન,
કોટ, મુંબઈ–૧

પહેલી આવૃત્તિ સપ્ટેમ્બર, ૧૯૭૦

૬૦ પૈસા

કવર ડિઝાઇન વી. એન. ઓઝા

સારણગાંઠ અને વધરાવળ

સારણગાંઠ એટલે સરકતી ગાંઠ. આ અર્થ પરથી એટલું સ્પષ્ટ થાય છે કે સારણગાંઠ એ ખરેખરી ગાંઠ નથી. શરીરની અંદરથી કંઈક બહાર સરકી આવે તેને આપણે સારણગાંઠ કહીએ છીએ.

સરકતી ગાંઠ એટલા માટે કે જ્યારે એ ગાંઠ પાછી અંદર સરકી જાય ત્યારે જાણે કંઈ જ અસાધારણ નથી એવું લાગે. આમ આ ગાંઠ સરકતી હોવાને લીધે કયારેક દેખાય અને ક્યારેક ન દેખાય, ક્યારેક નાની દેખાય તેા ક્યારેક મેાટી દેખાય એવું બન્યા કરે છે. અંગ્રેજીમાં સારણગાંઠને હર્નિયા (Hernia) કહે છે.

સારણગાંઠનેા સૌથી વધુ સામાન્ય પ્રકાર જાંઘના ઉપરના ભાગ તરફ જોવા મળે છે. પેડુની એક અથવા બંને બાજુએ આવી સરકતી ગાંઠ દેખાય કે પેટ ઉપર બીજે ક્યાંય આવી, નાની-મેાટી થતી હેાય તેવી, ગાંઠ દેખાય ત્યારે એની આ વિશિષ્ટતાને કારણે દર્દી જાતે કે સામાન્ય માણસ પણ એનું સાચું નિદાન ઘણી વાર કરી શકે છે. પેડુ વિસ્તારમા સારણગાંઠ વધુ પ્રમાણમાં થતી હેાવાથી સામાન્ય ખ્યાલ એવેા પ્રવર્તે છે કે સારણગાંઠ તેા પેડુની આજુબાજુ જ થાય. પણ ખરેખર એવું નથી. સેામાંથી લગભગ નેવું સારણગાંઠ આવી હેાય છે ખરી. પણ એ ઉપરાંત સાથળના ઉપરના ભાગમાં, ડૂંટીની આજુબાજુમાં, ઑપરેશનના કાપાઓમાં કે પેટની અંદરથી

છાતીમાં ઘૂસી જતી સારણગાંઠ વગેરે એના બીજા પ્રકારો પણ જોવા મળે છે.

સરકતાં આંતરડાં અને પેટનો પડદો

સારણગાંઠમાં ખરેખર શું બને છે? પેટનો, અંદરનો કોઈ પણ અવયવ – મુખ્યત્વે આંતરડાં અને બધા અવયવો પર લટકતું એક પડદા જેવું પડ હોય છે તે – શરીરના બહારના કે અંદરના કોઈ સ્નાયુઓના પડને ભેદીને અયોગ્ય સ્થાને સરકી જાય તેને સારણગાંઠ કહેવાય. આંતરડાં અને પડદા સિવાય આમાં હોજરી, પેશાબની કોથળી વગેરે પણ ક્યારેક સંડોવાયેલાં હોય છે. છાતી, પેટ, ગોળીની થેલી, બહારની ચામડી વગેરે શરીરનાં જુદાં જુદાં ખાનાંઓ છે. એક ખાનામાંથી બીજા ખાનામાં કંઈ ઘૂસી જાય ત્યારે તે સારણગાંઠ બને છે.

મોટા ભાગની સારણગાંઠો શરીર ઉપર ગાંઠરૂપે દેખાતી હોય છે, પણ બહારથી પારખી ન શકાતી એવી અંદરની સારણગાંઠોયે થાય છે ખરી.

પુરુષ, સ્ત્રી અને બાળક – સૌને થાય

સારણગાંઠ નવા જન્મેલા બાળકની વયથી માંડીને વૃદ્ધાવસ્થા સુધીની કોઈ પણ ઉંમરે શરૂ થઈ શકે છે અને દુનિયામાં બધે જ સ્ત્રી, પુરુષ, બાળકો – સૌને થાય છે. અલબત્ત, પુરુષને એ વધારે પ્રમાણમાં થાય છે અને મોટે ભાગે પેડુની આજુબાજુ હોય છે.

સ્ત્રીઓને પણ પેડુની આજુબાજુ સારણગાંઠ થાય છે ખરી, પણ તેનું પ્રમાણ પુરુષો કરતાં દસમા ભાગનું હોય છે. એ ઉપરાંત સાથળના ઉપરના ભાગમાં અને

દૂંટીની આસપાસની સારણગાંઠો, સ્ત્રીઓમાં ખાસ વધારે પ્રમાણમાં થાય છે. દૂંટીની સારણગાંઠો સ્ત્રીઓને પુરુષો કરતાં દસગણી વધારે થાય છે.

નાનાં બાળકોને પેડુની આજુબાજુ અથવા દૂંટી પાસે વધારે થાય છે. છોકરાઓને છોકરીઓ કરતાં વધુ પ્રમાણમાં હોય છે. થોડા પ્રમાણમાં પેટ અને છાતી વચ્ચેના પડદામાં થઈને છાતીમાં ઘૂસી જતી સારણગાંઠ પણ જોવા મળે છે. બાળકોની આ બધી સારણગાંઠો જન્મજાત ખોડખાંપણો હોય છે.

પેડુની સારણગાંઠો પુરુષોને કેમ વધારે?

બધી સારણગાંઠોનું પ્રમાણ જોઈએ તો દસમાંથી નવ તો પેડુની આજુબાજુ હોય છે અને એ નવમાથી આઠ તો પુરુષોને હોય છે. પુરુષોને જ કેમ આટલા વધુ પ્રમાણમાં? આ પ્રશ્નના જવાબમાં સારણગાંઠ કેમ થાય છે તેની પણ સમજૂતી આવી જાય છે.

પેટના આગળના ભાગમાં સ્નાયુઓનાં ત્રણ પડ આવેલાં છે. આ સ્નાયુઓના રેસા જુદી જુદી દિશામાં વહેંચાયેલા હોવાથી આખું એક મજબૂત પડ બને છે અને એ પડ ઈજા સામે પેટના અવયવોનુ રક્ષણ કરે છે. આ સ્નાયુઓમાં એકબે નબળાં સ્થાનો છે.

સાવ નીચેના ભાગમાં, આ પડોમાંથી છિદ્ર પાડીને લગભગ એકદોઢ ઈંચ લાંબી ટનેલ બનાવીને ગોળી (વૃષણ)ની લોહીની નસો અને વીર્યવાહિની નળી પેટની અંદરથી બહાર આવે છે. આખા મજબૂત સ્નાયુઓના આગળના પડમાં આ નબળાં બિંદુઓ છે. બાળક ગર્ભમાં હોય ત્યારે

બંને બાજુની ગોળીઓ પેટની અંદર વિકાસ પામતી હોય છે અને અંતે પછી પેટના આગળના પડને ભેદીને જન્મ પહેલાં બહાર નીકળીને ગોળીની થેલીમાં આવી જાય છે. એની સાથે એની નસો, વીર્યવાહિની વગેરે પણ ખેંચાઈ આવે છે. ગોળીઓના અવરોહણનો આ રસ્તો, એ શરીરના આગળના ભાગમાં, સારણગાંઠને પેદા થવાનો રસ્તો પૂરો પાડે છે. જે પ્રાણીઓમાં ગોળી પેટની અંદર જ રહે છે તેમને આવી સારણગાંઠ થતી નથી.

સ્ત્રીઓમાં, અલબત્ત, આવી કોઈ નસોને બહાર આવવાનું હોતું નથી, તે છતાંયે ગર્ભાશયને ટેકો આપતી બે નસો આવી જ રીતે છિદ્ર પાડીને બહાર આવીને યોનિદ્વારની આજુબાજુ ચોંટી જાય છે. આ કારણે પુરુષ જેવી જ, પણ પ્રમાણમાં ઘણી નાની, એક નબળાઈ પેડુની આજુબાજુ પેદા થાય છે. આ કારણે સ્ત્રીઓમાં આવી સારણગાંઠો ઓછી થાય છે.

પેટની અંદરના આવરણની કોથળી

ઘણીખરી સારણગાંઠ તો જન્મજાત ખોડખાંપણને લીધે જ હોય છે. થોડીક જ ગાંઠો સ્નાયુઓ નબળા પડવાને લીધે કે ઈજા અથવા ઑપરેશનને લીધે સ્નાયુઓમાં પડતી ફાટને કારણે પેદા થતી હોય છે.

એવું બને છે કે જ્યારે ગોળીઓ પેટમાંથી બહાર નીકળી નીચે ઊતરતી હોય છે ત્યારે એની સાથે પેટના અંદરના પડનું એક પૂંછડું પણ કયારેક છેક ગોળીની થેલી સુધી ખેંચાઈ આવે છે. આ પડની થેલી ખાલી હોય ત્યારે કંઈ અસાધારણ લાગતું નથી પણ જ્યારે

એમાં આંતરડાં કે આંતર-પડદો ઘૂસી જાય ત્યારે એ સારણગાંઠરૂપે દેખાય છે. પાછાં આંતરડાં ને આંતર-પડદો પેટની અંદર સરકી જાય ત્યારે પાછું કંઈ જ નથી એવું લાગે.

આવી અંદરના પડની થેલી હોય તો એમાં જ્યારે પેટ પર અતિશય જોર પડે ત્યારે અવયવો ઘૂસી જાય છે. પછી તો જ્યારે જ્યારે જોર પડે ત્યારે વધુ ને વધુ અવયવો ઘૂસતા જાય છે, થેલી ફૂલતી જાય છે, પેટના પડનાં છિદ્રો ઢીલાં પડનાં જાય છે ને સારણગાંઠ મોટી થતી જાય છે. ચાલતી વખતે, ઝાડો કે પેશાબમાં જોર કરતી વખતે, છીંક કે ઉધરસ ખાતી વખતે કે કોઈ પણ પ્રકારનું શારીરિક જોર કરતી વખતે આ સારણગાંઠ સરકી આવે છે. એક વાર સારણગાંઠ થઈ એટલે એ મોટી થવાની જ.

'ત્રાંસી' અને 'સીધી' સારણગાંઠ

જન્મજાત ખોડને લીધે થતી સારણગાંઠો ગોળીની નસો જે 'ટનેલ'માંથી નીકળતી હોય તે 'ટનેલ'માંથી બહાર આવે છે અને ચામડીની નીચે થઈને ગોળી સુધી પહોંચે છે. આ ગાંઠો ત્રાંસી દિશામાં નીચે ઊતરતી દેખાય છે.

જ્યારે પેટના સ્નાયુઓ ઢીલા પડયા હોય ત્યારે સારણગાંઠ આ છિદ્રની બાજુમાં થઈને સીધી જ બહાર ફૂલી આવતી હોય તેવી દેખાય છે. તેવી સારણગાંઠ નીચે ઊતરતી નથી પણ સીધી ને સીધી જ ફૂલ્યા કરે છે. ઊભા થતાંની સાથે જ એ દેખાય છે અને સૂઈ જતાંની સાથે અદૃશ્ય થઈ જાય છે. એને બહાર નીકળવા કે અંદર જવા માટે નહીં જેવું જોર બસ થઈ પડે છે. આવી સારણગાંઠો

'સીધી' કહેવાય છે. મોટે ભાગે એ મોટી ઉંમરના પુરુષોને થાય છે. સ્ત્રીઓને આવી સીધી સારણગાંઠ લગભગ થતી જ નથી.

માંદગી, ઈજા, ઑપરેશન, ખૂબ ચરબી કે ઝાડો, પેશાબ, ખાંસી વગેરેમાં કરવા પડતા સતત જોરને કારણે પેટના આગળના સ્નાયુઓ ઢીલા પડે ત્યારે આવી સારણગાંઠો થઈ આવે છે.

અંગ્રેજીમાં આવી પેડુની 'ત્રાંસી' સારણગાંઠને ઇન્ડિરેક્ટ ઇન્ગ્વિનલ હર્નિયા (indirect inguinal Hernia) અને 'સીધી' સારણગાંઠને ડિરેક્ટ ઇન્ગ્વિનલ હર્નિયા કહે છે.

બાળકોને ત્રાંસી સારણગાંઠ જ થાય

બાળકોને થતી આવી પેડુની સારણગાંઠો ત્રાંસી જ હોય છે અને દેખીતી રીતે જ કુદરતી ખોડખાંપણને લીધે હોય છે. બાળકના સ્નાયુઓ તો બહુ મજબૂત હોય છે અને એમ આસાનીથી ઢીલા પડી શકતા નથી.

જન્મજાત ખોડખાંપણને કારણે જ બાળકોમાં ઘણા કિસ્સાઓમાં ડાબી અને જમણી બંને બાજુએ સાથે સારણગાંઠ જોવા મળે છે. આવી સારણગાંઠો ગોળીની ખોડખાંપણો સાથે પણ ઘણી વાર સંકળાયેલી હોય છે. ગોળી પૂરી નીચે ન ઊતરી હોય એવા કિસ્સામાં ઘણી વાર સારણગાંઠ પણ સાથે હોય છે અને એક વિશેષ સમસ્યા ઊભી કરે છે. છોકરાઓને જ આવી સારણગાંઠ વિશેષ થાય છે. મોટાઓની જેમ જ, બાળકોની આવી સારણગાંઠોના દસ કિસ્સામાં લગભગ નવ છોકરા અને એક છોકરીનું પ્રમાણ હોય છે.

સાથળના ઉપરના ભાગમાં

પુરુષોમાં જેમ પેડુની સારણગાંઠ વધારે હોય છે તેમ સ્ત્રીઓમાં, આવી સારણગાંઠથી સહેજ નીચેના ભાગમાં અને સાથળના ઉપરના ભાગમાં, લગભગ પેડુ અને સાથળની વચ્ચે એક બીજી જાતની સારણગાંઠ વધારે થાય છે. આને અંગ્રેજીમાં ફેમોરલ હર્નિયા (Femoral Hernia) કહે છે.

આ સારણગાંઠ, પેટમાંથી લોહીની ધોરી નસો પગમાં જતી હોય છે તેની બાજુએ થાય છે. આ નસોની અંદરની બાજુએ, નસો અને પેડુના હાડકા વચ્ચે, સહેજ ખાલી જગા પડે છે. તે જગા જો વધારે પડતી હોય તો તેમાં, ઉપરથી પેટમાં દબાણ આવે ત્યારે, સારણગાંઠ થઈ જાય છે. સ્ત્રીઓનો પેડુવિસ્તાર પહોળો હોવાથી આ જગા સહેજ મોટી હોય છે અને વળી સુવાવડ વગેરેનું જોર પડવાથી આવી સારણગાંઠ એમને વધારે થાય છે.

પુરુષોમાં આવી સારણગાંઠ ઓછા પ્રમાણમાં પણ થાય છે તો ખરી જ. ખાસ કરીને ઊભા પગે બેસીને કામકરનારાઓને – દાખલા તરીકે માળી, ભઠિયારા વગેરેને– વધારે પ્રમાણમાં થવાની શક્યતા રહે છે.

કદમાં નાની પણ તકલીફ વધારે

આવી સારણગાંઠો નાના છિદ્રમાંથી આવતી હોવાથી અને છિદ્ર બહુ મોટું થઈ શકતું ન હોવાથી પેડુની સારણગાંઠો કરતાં કદમાં પ્રમાણમાં નાની હોય છે. સાથળના ઉપરના ભાગમાં વધારે ચરબી થતી હોવાથી ઘણી વાર તો આવી નાની સારણગાંઠો પારખવી પણ અઘરી પડે છે. દર્દીને પણ આ સારણગાંઠ થઈ હોવાનું ભાન ઘણી વાર

હોતું નથી.

છિદ્ર નાનું હોવાને કારણે આવી સારણગાંઠો સહેલાઈથી પાછી અંદર જતી નથી, એટલે વધારે પ્રમાણમાં ગંઠાઈ જાય છે અને ઉપાધિ પેદા કરે છે.

ડૂંટીની આજુબાજુ

નાના બાળકને વધુ પડતી ઊપસેલી ડૂંટી તો ઘણાએ જોઈ હશે. પછી બાળક એકએ વર્ષનું થાય ત્યાં સુધીમાં ડૂંટીને બેસી જતી પણ ઘણાએ જાણી હશે. આ પણ સારણગાંઠનો જ પ્રકાર છે.

ડૂંટીમાં થઈને જતીઆવતી લોહીની નસો વડે તો ગર્ભાશયમાં બાળક માતા સાથે જોડાયેલું હોય છે. આપણે એને નાળ કહીએ છીએ. આ નાળ દ્વારા માતાનું લોહી બાળકના શરીરમાં આવજા કરતું હોય છે. જન્મ થયા પછી બાળક શ્વાસ લઈ શકે છે એટલે એનું પોતાનું લોહીનું ભ્રમણ શરૂ થઈ જાય છે ને આ નાળ જન્મ વખતે કાપી નાખવામાં આવે છે. આમ પેટના આગળના ભાગમાં ડૂંટીની આજુબાજુ એક નબળાઈનું બિંદુ રહી જાય છે. આમાંથી સારણગાંઠ થાય છે.

નાનાં બાળકોમાંથી ઘણાંને એકબે વર્ષમાં ડૂંટીનો ભાગ મજબૂત થતાં આવી સારણગાંઠ અદૃશ્ય થઈ જાય છે. આમ છતાંયે મોટી ખોડ હોય તો સારણગાંઠ રહી જાય છે.

નાનાં બાળકોને આવી સારણગાંઠ બહુ ભાગ્યે જ ગંઠાય છે. ખાસ ભયસ્થાન ન હોવાથી એકાદબે વર્ષનું બાળક થાય ત્યાં સુધી એ કુદરતી રીતે બેસી જાય છે કે નહીં તે જોવા પૂરતી રાહ જોવામાં કંઈ વાંધો નથી.

એ દરમ્યાન એના ઉપર પટ્ટી લગાવવાની સલાહ કોઈક આપે છે પણ ખરેખર તો એની કંઈ જરૂર કે ફાયદો નથી.

દૂંટીની બીજી સારણગાંઠ સ્ત્રીઓમાં જોવા મળે છે. બાળક કરતાં એ જરા જુદી જાતની હોય છે.

સ્ત્રીઓમાં આવી સારણગાંઠ કદમાં મોટી હોય છે અને જાતે કદી બેસી જતી નથી. વળી આમાં ગંઠાઈ જવાનો ભય ઘણો વધારે હોય છે. ઘણુંખરું તો એ સુવાવડ દરમ્યાન કે પછી દેખાય છે. જાડી સ્ત્રીઓને એ વધારે થાય છે.

પેટની ઊભી મધ્યરેખામાં

પેટના આગળના ભાગમાં છાતીના ખાંચાથી માંડીને નીચે છેક પેડુ સુધી, બરોબર મધ્યમાં સ્નાયુઓની પાતળી પણ મજબૂત પટ્ટી હોય છે. આ પટ્ટી ડાબી અને જમણી બાજુના સ્નાયુઓ જોડાવાથી થાય છે. આમાં દૂંટી પણ આવી જાય છે. આ મધ્યરેખામાં થતા સ્નાયુઓના જોડાણમાં ક્યાંક ખામી રહી જાય તો તેમાં સારણગાંઠ થાય છે. અંગ્રેજીમાં તેને વેન્ટ્રલ હર્નિયા (Ventral Hernia) કહે છે.

આના થોડા જુદાજુદા પ્રકાર જોવા મળે છે. સૌથી સામાન્ય પ્રકાર આ પટ્ટીના ઉપરના અર્ધા ભાગમાં, છાતીના ખાંચા અને દૂંટી સુધીમાં, બરોબર મધ્યમાં ક્યાંક હોય છે ને યુવાન પુરુષોમાં જ એ વધારે થાય છે.

આ સારણગાંઠ કદમાં નાની હોય છે અને તકલીફ આપે જ એવું કંઈ નથી. પણ જ્યારે તકલીફ આપે ત્યારે કેટલીયે વાર એનું સાચું નિદાન મુશ્કેલ બને એવી સ્થિતિ ઊભી થતી હોય છે. દર્દીને એના અસ્તિત્વનો ખ્યાલ

હોતો જ નથી અને વળી સાવ નાની સારણગાંઠ હોય એટલે તપાસમાં માલૂમ ન પડે. ઉપરાંત એનાં ચિહ્નો– પેટનો દુખાવો વગેરે– અંદરના બીજા સામાન્ય રોગો જેવાં હોય એટલે ભૂલથાપ ખાઈ જવાય છે. જોકે એની શક્યતા ખ્યાલમાં રાખીને કાળજીપૂર્વક પેટને તપાસવાથી એનું અસ્તિત્વ સહેલાઈથી માલૂમ પડી આવે છે. આવી ઝીણી સારણગાંઠમાં ઘણુંખરું પેટની ચરબીનો એકાદ નાનો ગઠ્ઠો જ સપડાયેલો હોય છે. પણ મજબૂત સ્નાયુઓની વચ્ચે જડ છિદ્રમાં એ સપડાયેલ હોવાથી દુખાવો વધારે થાય છે. આ કારણે કોઈ વાર હોજરીનું ચાંદું કે એવું કંઈ ભળતું નિદાન થઈ જાય છે.

મધ્યરેખાની મોટી સારણગાંઠો

મધ્યમાં નાની સારણગાંઠો વધારે થાય છે પણ થોડા કિસ્સાઓમાં બે બાજુઓના સ્નાયુઓ સાવ નબળી પટ્ટીથી જોડાયા હોય ત્યારે વચ્ચે મોટી ખોડ પડે છે. પેટ પર જરાક જોર આવે કે તરત ત્યાં મોટી ગાંઠ દેખાય છે. સૂઈ જતાં તે તરત અદૃશ્ય થઈ જાય છે. આવી મોટી ગાંઠો દેખાય એટલું જ – એ સિવાય બીજી કંઈ ખાસ તકલીફ કરતી નથી. એનું ગાબડું મોટું હોય છે એટલે સારણગાંઠ બહાર સપડાઈ જાય કે એવું કંઈ બનતું નથી. આ કારણે દુખાવો કે એવી કોઈ ફરિયાદ પણ રહેતી નથી.

ગર્ભમાં વિકાસની ખોડને લીધે પેટમાં વચ્ચે મોટું ગાબડું પડ્યું હોય, જાણે પેટના આગળના ભાગમાં સ્નાયુઓનો કંઈ ટેકો જ ન હોય, તેવી મોટી સારણગાંઠો લઈને ક્યારેક બાળક જન્મે છે. આવી મોટી સારણગાંઠમાં

પેટના લગભગ બધા અવયવો–હોજરી, આંતરડાં, કાળજું બરોળ–હોય છે અને આગળ ચામડીનું પાતળું પડ જ હોય છે. આ એક મોટી સમસ્યા છે અને એનો કંઈક તાત્કાલિક ઉપાય કરવો પડે છે.

બહારની બીજી અસામાન્ય સારણગાંઠો

ઉપરની બધી સારણગાંઠો સિવાય, પેટના પડની ખામીઓને લીધે થતી સારણગાંઠો પડખામાં આગળ કે પાછળ ક્વચિત જોવા મળે છે. એ ઉપરાંત કોઈક વાર થાપામાં કે કોઈ વાર યોનિદ્વારની બાજુમાં પણ નાની સારણગાંઠો થાય છે. સંડાસ જવાનો રસ્તો બહાર ઊતરી આવે એ પણ ખરેખર તો એક જાતની સારણગાંઠજ છે.

ઑપરેશનના કાપાઓમાં

અત્યાર સુધી આપણે કુદરતી રીતે થતી સારણગાંઠની વાત કરી. એ સિવાયની કૃત્રિમ સારણગાંઠો પણ ઠીક ઠીક જોવા મળે છે. તે હોય છે ઑપરેશનના કાપાઓમાં. એને અંગ્રેજીમાં ઇન્સિશનલ હર્નિયા (Incisional Hernia) કહે છે.

સો સારણગાંઠમાં એકબે સારણગાંઠ આવી હોય છે. સ્ત્રીઓમાં, અને ખાસ કરીને જાડી સ્ત્રીઓમાં, એનું પ્રમાણ વધારે હોય છે. બાળકોને ભાગ્યે જ હોય છે. ઉંમર વધતી જાય તેમ એનું પ્રમાણ વધતું જાય છે.

ખાસ કરીને ડૂંટીની નીચેના ઊભા કાપામાં એ વધારે થાય છે. આવો કાપો ગર્ભાશયના ઑપરેશનમાં, પેડુનાં બીજાં ઑપરેશનોમાં કે પેશાબની કોથળી અને પ્રોસ્ટેટના ઑપરેશનમાં મુકાય છે.

એ સિવાય એપેન્ડિક્સ, પિત્તની કોથળી, હોજરી, કિડની વગેરેનાં ઓપરેશનના કાપાઓમાં પણ કયારેક સારણગાંઠ થઈ આવે છે. ખાસ કરીને ટાંકા પાકી ગયા હોય કે ઘામાંથી બહુ પરુ નીકળતું હોય, ખૂબ ચરબી કે ડાયાબિટીસ હોય કે ઓપરેશન પછી ખૂબ ખાંસી, ગૅસ કે બીજી અસાધારણ તકલીફ પડી હોય કે શારીરિક નબળાઈ બહુ હોય તો કાપેલા સ્નાયુઓ પૂરા રુઝાતા નથી અને એ કારણે નબળાઈ આવવાથી સારણગાંઠ થઈ આવે છે. મોટે ભાગે એ થવાની હોય તો ઓપરેશન પછી પહેલા વર્ષમાં દેખાઈ આવે છે.

ઓપરરેશન પછી લાંબું સૂઈ રહેનારા કરતાં વહેલી તકે હરીફરી શકનાર દર્દીઓમાં સારણગાંઠ ઘણા ઓછા પ્રમાણમાં થાય છે. ઓપરેશન પછી દર્દીને વહેલા ઊભા કરવાનો અને ચલાવવાનો આ એક મોટો ફાયદો છે.

સારણગાંઠનાં ચિહ્નો અને ભયસ્થાનો

બહારની આ બધી સારણગાંઠોમાં ઘણુંખરું તો દર્દીને ભાન હોય છે કે કંઈક ગાંઠ જેવું કોઈ જગાએ દેખાય છે. શરૂઆતમાં તો આ જ એની ફરિયાદ હોય છે. જ્યારે છિદ્ર કડક હોય ત્યારે સારણગાંઠની થેલીનું નાકું સાંકડું રહે છે. આમાં અંદરના અવયવો ભીંસાય છે એટલે સારણગાંઠમાં દુખાવો શરૂ થાય છે. નાની સારણગાંઠોમાં ઘણી વાર મોટી સારણગાંઠો કરતાં વધારે દુખાવો થતો હોય છે. બહુ મોટી અને લટકતી સારણગાંઠોમાં આંતરડાં પર ખેંચાણ આવતું હોય તો પેટમાં પણ દુખે છે.

સારણગાંઠની થેલી સાથે અંદરના અવયવો ચોંટી જાય કે નાકું સાંકડું હોય ત્યારે સારણગાંઠ સહેલાઈથી સરકતી નથી. આવી સારણગાંઠોમાં દુખાવો થાય ત્યારે દર્દીએ હાથથી દબાવીને અંદર ધકેલવી પડે છે. દર વખતે આ સહેલું હોતું નથી. કયારેક બહુ મુશ્કેલી અને હેરાનગતિ પડે છે. ઘણી વાર તો એ થોડીઘણી બહાર જ રહે છે અને થોડે અંશે જ આવ-જા કરે છે.

મોટી સરકતી સારણગાંઠોમાં ક્યારેક પેશાબની કોથળી પણ થોડી ખેંચાઈ આવે છે. આવું બને ત્યારે વધારે વાર પેશાબ કરવા જવું પડે કે એવી કંઈક પેશાબની તક્લીફ થઈ આવે છે.

ગંઠાઈ જવાનો ભય મોટો

સારણગાંઠનું ગંઠાઈ જવું એ એક એનું મોટું ભયસ્થાન છે. નાનાં બાળકોની ડૂંટીની કે પેડુની સીધી સારણગાંઠો સિવાય લગભગ બધી સારણગાંઠોમાં આ જોખમ ઊભું જ હોય છે.

સારણગાંઠ ગંઠાઈ જાય ત્યારે એ સરકતી બંધ થઈ જાય છે અને ગાંઠમાં દુખાવો વધવા માંડે છે. એ પછી આંતરડું ભીંસાય એટલે પેટમાં ચૂંકનો દુખાવો થવા માંડે છે. આંતરડું જો સાવ દબાઈ જાય તો તો હવાછૂટ બંધ થઈ જાય છે ને ઊલટીઓ થવા માંડે છે. આ વાત જો આગળ વધે તો પછી આંતરડાની લોહીની નસો પર પણ દબાણ થવા માંડે છે. લોહી ફરતું બંધ થાય તો સારણગાંઠમાં સોજો આવવા માંડે છે. આથી દબાણ ઊલ-ટાનું વધે છે અને એક વિષચક્ર ઊભું થાય છે. અંતે



ડાબી બાજુના પેડુની (inguinal) ત્રાંસી સારણગાંઠ



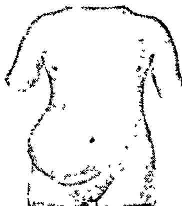
જમણા પેડુની અને ડાબી જાંઘની સારણગાંઠ

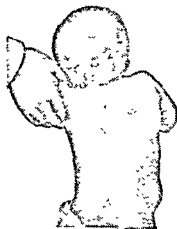


બન્ને બાજુની સીધી સારણગાંઠો



બન્ને બાજુની સાથળના ઉપરના ભાગમાં, જાંઘ તરફની (femoral) સારણગાંઠ





પડખાની આગળની (spiegelian) અને પાછળની (lumbar) સારણગાંઠો



મધ્યરેખાની (epigastric) સારણગાઠ



નાના બાળકમાં ડૂંટીની (umbilical) સારણગાઠ

આંતરડું કાળું પડી જાય છે અને એટલો ભાગ ચેતન વિનાનો થઈ જાય છે કયારેક એ ફાટી પણ જાય છે.

જીવનું જોખમ

આવું બધું થાય ત્યારે એક ગંભીર સ્થિતિ મર્જાય છે અને જીવને જોખમ ઊભું થાય છે. ઑપરેશન તાત્કાલિક કરવામાં આવે તોપણ આંતરડાં કાપવાં પડે, સડેલાં આતરડાંનું ઝેર ફેલાય, ઑપરેશનનો ઘા પાકી જાય વગેરે જોખમો ઊભાં જ રહે છે.

પેડુની સારણગાંઠો અને સ્રીની સાથળ ઉપરની સારણગાંઠો સહેલાઈથી ગંઠાઈ જાય છે. આવી સારણગાંઠોમાં ઘણી વાર પેટનો દુખાવો ને ચૂંક જ વધારે પડતાં હોય છે એટલે ધ્યાન પેટ પર જ દોરાય છે અને નાની ગંઠાયેલી સારણગાંઠનું ભાન જ રહેતું નથી. જોકે સારો ડૉક્ટર તો પેટની ચૂંક અને ઊલટીના કોઈ પણ કિસ્સામાં આવી સારણગાંઠની બધી જગાઓની તપાસ કરી જ લે છે અને એવું કંઈ હોય તો તરત પકડી પાડે છે

સ્રીઓને દૂંટીની સારણગાંઠો પણ સારા એવા પ્રમાણમાં ગંઠાઈ જાય છે નાનાં બાળકોમાં પણ સારણગાંઠો સહેલાઈથી ગંઠાઈ શકે છે

ઑપરેશન વિના આરો નથી

મોટા ભાગની સારણગાંઠો કંઈક ને કંઈક તકલીફ આપ્યા જ કરે છે અને એ સિવાય એનાં ભયસ્થળો પણ ઊભા જ હોય છે. એટલે લગભગ દરેક દર્દીને સારણગાંઠ માટે દાક્તરી અભિપ્રાય લેવાની ફરજ પડે છે.

સારણગાંઠ માટે ખરેખર એક જ સારવાર છે તે

છે ઑપરેશન. પેડુની હોય કે દૂંટીની આજુબાજુ હોય, સાથળ ઉપર હોય કે ઑપરેશનના કાપાઓમાં હોય, નાની હોય કે મોટી હોય, બાળકને હોય કે વૃદ્ધને હોય—સૌને ઑપરેશન કરાવવાની જરૂર હોય છે. ખૂબ તકલીફ થાય કે ગંઠાઈ જાય એની રાહ જોઈને બેસી રહેવું એ જીવના જોખમને નોતરવા જેવું છે. તંદુરસ્તી સારી હોય અને કંઈ ગૂંચવાડો ઊભો ન થયો હોય એવી સ્થિતિમાં ઑપરેશન કરાવી લેવું એ સલામતીભર્યું છે. સારણગાંઠના સમયસરના ઑપરેશનમાં કંઈ એવું ખાસ વિશેષ જોખમ નથી. આજે તો આ ઑપરેશન એક ઘણું સામાન્ય, સફળ અને સલામત ઑપરેશન ગણાય છે.

પટ્ટાનો મર્યાદિત ઉપયોગ

સારણગાંઠ ખરેખર તો એક ખોડ છે. એનું તો સમારકામ જ કરવું પડે. એ ઑપરેશન વિના મટવાની નથી તો પછી ઢીલ કર્યા કરવાથી શો ફાયદો? એ ખરું કે ઘણી વાર એની બહુ તકલીફ હોતી નથી. પણ એ પણ એટલું જ ખરું કે જ્યારે તકલીફ થાય ત્યારે તાબડતોબ ઑપરેશન કરવું પડે છે. ક્યારેક આંતરડાં કાપવાં પડે છે અને જોખમ વધી જાય છે.

શારીરિક સ્થિતિ સાવ નબળી હોય કે નાની સીધી સારણગાંઠો હોય કે મધ્યરેખાની પહોળી મોટી સારણગાંઠો હોય તો જ પટ્ટો પહેરવાની સલાહ યોગ્ય ગણાય. બાકીની સારણગાંઠોમાં તો પટ્ટો અડચણ જ ઊભી કરે છે અને મન મનાવવા સિવાય બીજો કંઈ ફાયદો થતો નથી. ક્યારેક તો પટ્ટાથી દબાઈને ચામડી એટલી

ખરાબ થઈ જાય છે ને સ્નાયુઓ એવા ઘસાઈ જાય કે ઑપરેશન કરવું પડે ત્યારે મુશ્કેલીમાં નકામો વધારે થાય છે. વળી જે સારણગાંઠ પૂરેપૂરી અંદર ન જતી હોય અને થોડીઘણી બહાર જ રહેતી હોય એવા કિસ્સામાં તો પટ્ટો ઊલટાનો જોખમકારક છે અને તક્લીફ વહેલી નોતરે છે.

કોઈ પણ ઉંમરે ઑપરેશન થાય

ઑપરેશનનો ડર હોય ત્યારે 'બાબાની ઉંમર બહુ નાની છે' કે 'દાદાની ઉંમર બહુ મોટી છે તો ઑપરેશન થઈ શકે?' એવી શંકાઓ ઉઠાવાતી હોય છે. બાળક મોટું થતાં એની જાતે કદાચ મટી જાય એવી આશા પણ કોઈ રાખતું હોય છે. કોઈને એમ હોય છે કે 'તક્લીફ નથી ને શું કામ ઑપરેશન કરાવવું? તક્લીફ થશે તો સર્જન ને હોસ્પિટલ ક્યાં દૂર છે? એ વખતે કરાવીશું.'

આ બધી ફિલસૂફી સાચી નથી. બાળકની સારણગાંઠ એમ ને એમ મટવાની નથી અને વૃદ્ધ માણસ માટે રાહ જોવી પણ વાજબી નથી. નાનું બાળક પણ ઑપરેશન સારી રીતે સહી શકે છે અને સમયસર, સરખી તૈયારી કરીને કર્યું હોય તો વૃદ્ધને પણ એવું મોટું જોખમ રહેતું નથી.

ખરું એ છે કે વૃદ્ધ દર્દીને તાબડતોબ ઑપરેશન કરવું પડે ત્યારે એની શારીરિક સ્થિતિની યોગ્યતા વિશે અભ્યાસ કરવાનો સમય કે સ્થિતિ સુધારવાનો અવકાશ રહેતો નથી. પરિણામે જોખમ ઘણું વધી જાય છે. આથી ઉંમર વધારે હોય તો સમયસર ઑપરેશન કરાવવાની જરૂર પણ એટલી વધી જાય છે. વૃદ્ધ ઉંમરે

ડાયાબિટીસ, હૃદય કે ફેફસાંનો રોગ, પ્રોસ્ટેટ ગાંઠની તકલીફ વગેરે પણ સાથે સંકળાયેલાં હોય છે એટલે યોગ્ય સમયે અને આ બધી પરિસ્થિતિ કાબૂમાં લઈને ઑપરેશન કરાવી લેવું સલાહભર્યું છે. ચાલીસની ઉંમરે થયેલી સારણગાંઠનું, સાઠની ઉંમરે, ઉપરની બધી તકલીફો ઉમેરાયા પછી, ઑપરેશન કરાવવું એમાં ડહાપણ છે એવું તો કોઈ ન કહી શકે.

પ્રોસ્ટેટ અને સારણગાંઠ

વૃદ્ધ પુરુષોને, ખાસ કરીને જેમણે વર્ષો સુધી સારણગાંઠ સંઘરી રાખી હોય તેવા દર્દીઓમાં ઉંમરને લીધે પ્રોસ્ટેટ ગાંઠની પણ તકલીફ થાય ત્યારે એક અઘરી પરિસ્થિતિ ઊભી થાય છે. પ્રોસ્ટેટ ગ્રંથિની ગાંઠને કારણે પેશાબનો અટકાવ થતો હોય છે, અને એમને પેશાબ કરવા ખૂબ જોર કરવું પડતું હોય છે. આ જોરને કારણે સારણગાંઠની તકલીફ વધવા માંડે છે. અંતે:એવી સ્થિતિ થાય છે કે સારણગાંઠ અને પ્રોસ્ટેટનું ઑપરેશન બંને વિચારવું પડે છે.

ક્યારેક એવું થાય કે વૃદ્ધને પ્રોસ્ટેટની સામાન્ય તકલીફ ચાલુ હોય એ વખતે સારણગાંઠનું ઑપરેશન કરાવે છે. આમેય આવાં ઑપરેશન પછી પેશાબની તકલીફ થતી હોય એમાં વળી પ્રોસ્ટેટ ગાંઠ વધેલી હોય એટલે પેશાબ સાવ અટકી જાય છે. ઑપરેશન પછીની સંભાળમાં આ નવી ચિંતા ઉમેરાય છે અને ક્યારેક તો સારણગાંઠ પછી થોડા દિવસોમાં પ્રોસ્ટેટનું ઑપરેશન થાય તો જ છુટકારો થાય છે.

આ માટેની ખરી વ્યવસ્થા એ છે કે સારણગાંઠનું ઑપરેશન કરતાં પહેલાં પેશાબમાં જોર પડતું હોય ને પ્રોસ્ટેટ ગાંઠ વધેલી હોય તો પહેલાં એનો નિકાલ કરવો જોઈએ. પ્રોસ્ટેટનું ઑપરેશન પહેલાં કરી નાખવું એ ઘણી વાર સલાહભર્યું બને છે. સારી તબિયત હોય તો ક્યારેક પ્રોસ્ટેટ અને સારણગાંઠનું ઑપરેશન સાથે થઈ શકે છે.

ખાંસી, દમ, કબજિયાત જેવી બીજી તકલીફો હોય તો તેની પણ યોગ્ય સારવાર કરીને પછી જ સારણગાંઠનું ઑપરેશન કરવામાં આવે છે.

ઑપરેશન કેવી રીતે થાય છે?

સારણગાંઠ માટેનું ઑપરેશન એ એક જાણીતું ઑપરેશન છે અને પ્રમાણમાં ઘણું સામાન્ય ગણાય છે. જેટલું સામાન્ય તેટલું જ તે કારીગરીભર્યું ગણાય છે. સર્જનને માટે પણ એ ઊંડી સમજ અને ઑપરેશનની કળાની કસોટી જેવું ગણાય છે.

એમાં સારણગાંઠની કોથળીનું પડ કાઢી નાખીને એને નાકા પર બાંધી દેવાનું હોય છે. એ પછી ઢીલા પડી ગયેલા છિદ્રનું કે ખોડના ભાગનું સમારકામ કરવાનું હોય છે. બાળકોમાં તો ઘણુંખરું કોથળીનું જ પડ કાઢી નાખવાનું હોય છે. એમાં બહુ સમારકામ કરવાનું આવતું નથી. પેડુ, જાંઘ, ડૂંટી, ઑપરેશનના કાપાઓ વગેરેની બધી સારણગાંઠોમાં આ જ સિદ્ધાંત કામે લગાડવાનો હોય છે.

બહારનાં થીગડાં

આ સમારકામ મોટે ભાગે તો આજુબાજુના

સ્નાયુઓનો બુદ્ધિપૂર્વક અને કારીગરીપૂર્વક ઉપયોગ કરીને કરવાનું હોય છે. જ્યારે આમ ન થઈ શકે, મોટી ખોડ હોય, ફરીવાર સારણગાંઠ થઈ હોય એવા ખાસ સંજોગોમાં સ્નાયુઓને ટેકો આપવા માટે બીજા કોઈ પદાર્થનું થીગડું લગાવવું પડે છે. આ માટે સાથળમાંથી બીજા સ્નાયુની એક પટ્ટી ઉઠીની લઈને કે ટેન્ટેલેમ અથવા સ્ટીલની જાળીનો ટુકડો લગાવીને, કે ટેફ્લોન માર્લેકસ જેવા કપડાની જાળી વાપરીને સારણગાંઠની ખોડ પૂરી શકાય છે. જોકે બને ત્યાં સુધી દર્દીના જ પોતાના સ્નાયુઓની મદદ વડે સારણગાંઠનું સમારકામ થઈ શકે તો એ જ વધુ ઇચ્છવાયોગ્ય પરિસ્થિતિ છે. એવું ન જ થઈ શકે એમ હોય તો જ આવાં થીગડાં વાપરવાં પડે છે.

બહુ મોટી સારણગાંઠ પાછી અંદર સમાય?

કયારેક એટલી મોટી સારણગાંઠ જોવા મળે છે કે એમાં શરીરનાં અડધાં આંતરડાં ઘૂસી ગયાં હોય. એ વખતે સવાલ એ થાય છે કે આ આંતરડાં પાછાં પેટમાં કેમ સમાશે?

આ સમસ્યા ઉકેલવી અઘરી છે, પણ અશકય નથી. એને માટે અમુક રીતો છે. તેમાં સરળ રીત એ છે કે ઑપરેશન કરતાં પહેલાં થોડા થોડા દિવસોના આંતરે પેટમાં હવા ભર્યા કરીને પેટનાં પડોને સહેજ ઢીલાં પાડવાં. એ પછી એમાં બધાં આંતરડાં પાછાં મૂકવાનું શકય બને છે. ઑપરેશન વખતે બધી હવા કાઢી નાખવામાં આવે છે અને પેટના સ્નાયુઓ પર ખેંચાણ ઓછું થતાં, એની તાકાત પાછી આવે છે.

ગોળી કાઢી નાખવી પડે

દરેક વખતે આંતરડાં પાછાં મૂકવાની મુશ્કેલી હોતી નથી. પણ મોટી સારણગાંઠોમાં એની ખોડ મજબૂતપણે સમારવાની મુશ્કેલી વધારે હોય છે. ગોળીની નસોની આવજા માટે જરૂરી છિદ્ર રાખવા જતાં આ સમારકામની મજબૂતીનો ભોગ આપવો પડે છે. આવી સ્થિતિમાં ગોળી અને એની નસો સાવ કાઢી નાખવાનું પગલું લેવું સલાહભર્યું બને છે. આમ કરવાથી આખી ખોડ મજબૂતપણે, સંપૂર્ણ બંધ કરી દેવામાં આવે છે. નાનું પણ છિદ્ર રાખવું પડતું નથી, એ કારણે નબળાઈનું મૂળ દૂર થઈ જાય છે.

ગંઠાઈ જાય ત્યારે જોર ન કરવું

કોઈ પણ ઉંમરે કોઈ પણ જાતની સારણગાંઠ ગંઠાઈ જઈ શકે છે. કેટલાંયે વર્ષો સુધી કંઈ ખાસ તકલીફ ન હોય તેવી સારણગાંઠ પણ એકાએક ગંઠાઈ જાય એવું બને છે અને સારણગાંઠ પહેલી વાર બહાર નીકળે અને સીધી જ ગંઠાઈ જાય એવું પણ ક્યારેક બને છે. આવે વખતે શી તકલીફ થાય એ તો આપણે આગળ જોયું છે. આ એક તાકીદની પરિસ્થિતિ છે અને વહેલી તકે દાક્તરી સલાહ મેળવીને હૉસ્પિટલમાં પહોંચી જવું જોઈએ. જેટલું મોડું થાય તેટલું જોખમ વધતું જાય છે.

જોરજુલમથી આવી સારણગાંઠને અંદર ધકેલવા પ્રયત્ન ન કરવો જોઈએ. આમ કરવા જતાં આંતરડું ફાટી

જવાનો કે સડેલું આંતરડું પેટમાં પાછું ધકેલાઈ જવાનો ભય રહે છે. ક્યારેક તો આખી સારણગાંઠ એમ ને એમ– કડક નાકું, કોથળી અને એની અંદરનાં ગંઠાયેલાં આંતરડાં બધું સાથે જ–અંદર ધકેલાઈ જાય તો બહાર ગાંઠ દેખાતી બંધ થાય તોપણ અંદર બધી ગરબડ ચાલ્યા કરે છે. અંતે ઑપરેશન કરવું પડે છે અને આવી સ્થિતિમાં તે વધારે મુશ્કેલી પેદા કરે છે.

સાચવીને અંદર ધકેલી શકાય

કયારેક ગંઠાયા પછી તરત જ એ હળવેથી અંદર પાછી મૂકી શકાતી હોય તો પ્રયત્ન કરવામાં વાંધો નથી. આમ કરવાથી તાત્કાલિક પરિસ્થિતિ કાબૂમાં આવે છે અને પછી યોગ્ય વ્યવસ્થા કરીને ઑપરેશન કરી શકાય છે. નાનાં બાળકોની આવી તાજી ગંઠાયેલી સારણગાંઠો પર બરફ લગાવવાથી અને બાળકોને થોડી ઘેનની દવા આપીને, પગ ઊંચા કરીને હળવા હાથે ઘણુંખરું તો અંદર પાછી ધકેલી શકાય છે. આ કામ ડૉક્ટરને જ સોંપવું સલાહભર્યું છે. જો જરાયે મુશ્કેલી લાગે તો તાત્કાલિક ઑપરેશન માટે વ્યવસ્થા કરવી જોઈએ.

ઑપરેશન કર્યા છતાંયે ફરીવાર થાય?

સારણગાંઠનું ઑપરેશન આમ તો એક ઘણું સફળતાથી થતું ઑપરેશન ગણાય છે. તે છતાંયે એ ખરું છે કે કોઈ વાર ઑપરેશન કર્યા પછીયે ફરી વાર એ થાય છે. ઑપરેશનની સફળતા સર્જનની કારીગરી ઉપરાંત સ્નાયુઓની મજબૂતાઈ પર પણ આધાર રાખે છે અને

એક યા બીજા કારણે એ ફરી વાર થવાની સહેજ શકયતા તો રહે જ છે. સારા સર્જનના હાથે પણ સોમાંથી એકબે કિસ્સામાં આવી રીતે ફરી વાર થાય છે ખરી. આવી ફરી વાર થયેલી સારણગાંઠો પણ ઑપરેશનની પદ્ધતિમાં ફેરફાર કરીને કે ધાતુની જાળી કે ખાસ પ્રકારના કપડાનું થીગડું લગાવીને પણ ફરી પાછી સફળતાપૂર્વક સમારી શકાય છે.

પૂરી તૈયારી વિના તાત્કાલિક અને ઉતાવળે ઑપરેશન કરવું પડયું હોય, કાપામાં પરુ થયું હોય, ઑપરેશન પછી અતિશય ખાંસી કે બીજા જોરને કારણે ટાંકા તૂટી ગયા હોય, ખૂબ નબળા સ્નાયુઓ હોય, ખોડ બહુ મોટી હોય વગેરે પણ સારણગાંઠ ફરી થવાનાં અગત્યનાં કારણો છે. ઑપરેશનના કાપાઓમાં થયેલી સારણગાંઠો સમારવી સૌથી અઘરી ગણાય છે અને એમાં દર પંદરવીસ સારણગાંઠે એક ફરી વાર થવાની શકયતા ઊભી રહે છે.

બહાર ન દેખાય તેવી સારણગાંઠો

હમણાં સુધી તો બહારથી દેખાય એવી બધી સારણગાંઠોની આપણે વાત કરી. પણ એવીયે સારણગાંઠો છે જે શરીરના અંદરના વિભાગોમાં, એકમાંથી બીજામાં સરકે છે અને તકલીફ કરે છે. ગાંઠ રૂપે ન દેખાતી હોવા છતાંયે તે સારણગાંઠ છે.

છાતી અને પેટ વચ્ચેના અંદરના પડદામાં, અન્નનળીને પેટમાં જવાનું જે કાણું હોય છે તે કાણામાં

થઈને હોજરી છાતીમાં ઉપર સરકવા લાગે ત્યારે તે એક સારણગાંઠ બની જાય છે. તેને અંગ્રેજીમાં ડાયાફ્રામેટિક હર્નિયા (Diaphragmatic Hernia) કહે છે.

આવી સારણગાંઠ સામાન્ય રીતે કદમાં નાની હોય છે અને ગંઠાઈ જતી નથી. નાનાં બાળકોમાં, આ પડદામાં મોટી ખામી હોય તો ક્યારેક મોટી સારણગાંઠ છાતીમાં ઘૂસી જઈને હૃદયના કામકાજમાં આડી આવે છે. આ સિવાય એના કદને લીધે કંઈ ખાસ તકલીફ થતી નથી.

હોજરીનો રસ ઉપર ચડે

આવી સારણગાંઠોમાં ક્યારેક છાતીમાં દુખાવો અને જાણે ગભરામણ થતી હોય એવાં અસ્પષ્ટ ચિહ્નો દેખાય છે. ત્યારે એને હૃદયરોગ માનવાની ભૂલ થઈ જાય એવી પરિસ્થિતિ થઈ જાય છે અને પૂરી તપાસ ન થાય કે સગવડ ન હોય તો નિદાનનો ગોટાળો થવાનો સંભવ રહે છે.

એ સિવાય મોટે ભાગે તો આવી સારણગાંઠની ખરી તકલીફ હોજરીનો ઍસિડ ઉપર અન્નનળીમાં ચડીને બળતરા પેદા કરે, ખાટા ઓડકાર આવ્યા કરે, વાંકા વળતાં મોંમાં ખાટો ઘૂંટડો આવે, છાતીમાં બળતરા થાય વગેરે હોય છે.

સામાન્ય રીતે હોજરીમાંથી અન્નનળીમાં કંઈ ઉપર ચડતું નથી (સિવાય કે ઊલટી થતી હોય). આ બેના સંધાણના સ્થાને ખાસ સ્નાયુ આ સમતુલા જાળવે છે. જ્યારે હોજરી ઉપર ચડી જાય ત્યારે આ સમતુલા તૂટી

જાય છે અને હોજરીનો ઍસિડ ઉપર ચડીને તકલીફ પેદા કરે છે. આગળ વધતાં તે અન્નનળીમાં ચાંદાં પાડી શકે છે, અને ખોરાક અટકે એવી સ્થિતિ ઊભી થાય છે. વાંકા વળતી વખતે કે સૂતી વખતે વધારે તકલીફ થાય છે અને કામકાજ કરવું અઘરું બની જાય છે.

અન્નનળીમાં જો ચાંદાં પડી જાય તો તેમાંથી થોડાથોડા લોહીનો વ્યય થયા કરે છે અને શરીરમાં ફિકાશ આવી જાય છે.

નાનાં બાળકોને અને મોટી ઉંમરનાં સ્ત્રી-પુરુષોને આવી સારણગાંઠ થાય છે. પેટમાં કંઈ દબાણ થતું હોય કે બહુ 'ટાઈટ' પટ્ટા પહેરતા હોય તો આવી સારણગાંઠ થવાની શકયતા વધે છે. સ્ત્રીઓમાં તે પુરુષો કરતાં વધારે થાય છે. વધુ પડતી ચરબી, સુવાવડ વગેરે પણ એના પેદા થવામાં થોડાં કારણરૂપ ખરાં.

કોઈક કિસ્સામાં મોટા અકસ્માતમાં છાતીને ઈજા થઈ હોય અને અંદરનો પડદો ફાટી ગયો હોય તો પાછળથી એમાં સારણગાંઠ થઈ આવે છે.

એકસરેથી નિદાન

આવી સારણગાંઠની ખાસ જાતની ફરિયાદ પરથી એની શંકા તો આવી જ જાય છે અને બેરિયમના એકસરેથી એનું નિદાન થઈ શકે છે. આવા દર્દીઓને ઘણી વાર પિત્તાશયની પથરીની તકલીફ કે હોજરીનું ચાંદું પણ સાથે સાથે થયું હોય છે. આ કારણે વિગતવાર તપાસ કરીને બધું પાકું નિદાન કરાવવું જરૂરી બને છે. ક્યારે

ખોરાક અટકતો હોય ત્યારે ઘણી વાર અન્નનળીમાં દૂરબીન જેવું લાંબું યંત્ર પસાર કરીને સારણગાંઠ અંદરથી તપાસવી પડે છે.

સમજપૂર્વકની સારવાર

જ્યારે સારી એવી તક્લીફ હોય ત્યારે તો નાનું બાળક હોય કે વૃદ્ધ સ્ત્રી હોય, તોપણ ઑપરેશન કરવું જ પડે છે. આવું ઑપરેશન સામાન્ય સારણગાંઠો કરતાં મોટું છે ખરું, પણ અતિશય ડરવા જેવું એમાં કંઈ નથી. આ ઑપરેશન છાતી દ્વારા કે પેટ દ્વારા–બંને રીતે થઈ શકે છે.

ઓછી તક્લીફ હોય અથવા તો ઑપરેશનનું જોખમ હોય તેવું સ્થૂલ શરીર હોય કે મોટી ઉંમર હોય ત્યારે સમજપૂર્વકની સાદી સારવારથી પણ ઠીકઠીક રાહત મળી શકે છે.

વાંકા વળવાથી કે સૂવાથી જ તક્લીફ થતી હોય તો વાંકા વળવાનું ઓછું કરીને અને બેત્રણ ઓશીકાં મૂકીને, માથું ઊંચું રાખીને સૂવાથી કંઈક અંશે ખાટો ઍસિડ અન્નનળીમાં ચડતો અટકાવી શકાય છે. ઍસિડ ઓછો કરવાની ગોળીઓથી, દૂધ પીવાથી, વજન ઓછું કરવાથી, ટાઇટ કપડાં ન પહેરવાથી પણ તક્લીફ ઓછી કરી શકાય છે.

નાનાં બાળકોએ પીધેલું દૂધ બધું પાછું આવતું હોય, એમનું વજન ઘટતું હોય કે મોટી સારણગાંઠને લીધે શ્વાસ લેવામાં તક્લીફ હોય ત્યારે તો ઑપરેશન સિવાય આરો જ નથી.

ભારતમાં સુશ્રુત ઑપરેશન કરતા

સારણગાંઠ વિશે કંઈક તો સાડા ત્રણ હજાર વર્ષ પહેલાંના, ઇજિપ્તના ગ્રંથોમાં પણ લખેલું છે. પણ સારણગાંઠમાં ઑપરેશન થઈ શકે એવું વિચારનારા ઐતિહાસિક વૈદ્યોમાં દોઢ હજાર વર્ષ પહેલાંના ભારતના સુશ્રુતનું નામ મોખરે છે. પાંચમી સદીના હિંદુઓ શસ્ત્રક્રિયાની કળામાં આખા જગતમાં મોખરે હતા અને સુશ્રુત જગવિખ્યાત હતા.

એ વખતે તો ગરમ છરીથી સારણગાંઠ કાપી નાખવાની વાત હતી. ગંઠાઈ ગયેલી સારણગાંઠને તેઓ પ્રાણઘાતક ગણતા અને દબાણ, ગરમ શેક, એનીમા વગેરેથી મટાડવા પ્રયત્ન કરતા. એ પછી મધ્ય યુગમાં તો શસ્ત્રક્રિયાનો કંઈ વિકાસ ન થયો. ઊલટાનું, એ ગાળામાં સાવ જંગલી રીતે ઑપરેશનો થવા માંડ્યાં. છેક પંદરમી સદીમાં આ સ્થિતિ સુધરી.

ખાસ કરીને ફ્રાંસમાં અને યુરોપમાં એ વખતે 'હજામ સર્જનો' નો યુગ શરૂ થયો. તેઓએ સારણગાંઠ, પથરી, મોતિયા વગેરેનાં કંઈક વ્યવસ્થિત એવાં ઑપરેશનો કરવા માંડ્યાં. તેઓ પણ સામાન્ય સારણગાંઠ માટે પટ્ટો અને ગંઠાયેલી સારણગાંઠ માટે ઑપરેશન પસંદ કરતા.

એ પછી ૧૭મીથી ૧૯મી સદી દરમિયાન યુરોપના —ખાસ કરીને ઇંગ્લંડના—સર્જનોએ આ ઑપરેશનના વિકાસમાં નોંધપાત્ર ફાળો આપ્યો. ઓગણીસમી સદીના અંતમાં ઍનેસ્થિઝિયા અને જંતુમુક્ત શસ્ત્રક્રિયાનો આરંભ થયો. વિકાસ પામતું પામતું સારણગાંઠનું ઑપરેશન

આજે તો લગભગ સંપૂર્ણતાને આરે આવી ઊભું છે.

વધરાવળ

પુરુષોમાં, પેડુની ત્રાંસી સારણગાંઠો (જે સૌથી સામાન્ય છે) સાથે ભૂલ ખાઈ જવાય તેવો બીજો રોગ છે વધરાવળ. જોકે વધરાવળમાં તો સાવ જુદી જ પરિસ્થિતિ હોય છે. આ રોગમાં તો વૃષણ એટલે કે ગોળીની આજુબાજુ પાણી જ ભરાયેલું હોય છે. એ કારણે ગોળી વધારે મોટી અને વજનદાર લાગે છે. ખેંચાણને કારણે થોડો દુખાવો થાય કે કદ અને વજનને કારણે કપડાં પહેરવામાં કે હરવા-ફરવામાં અગવડભર્યું લાગે એ સિવાય કંઈ ખાસ તકલીફ થતી નથી. ક્યારેક એમાં પરુ થાય કે લોહી ભરાય તો મુશ્કેલી થાય છે. પણ એ સિવાય સારણગાંઠ જેવાં એમાં બીજાં ભયસ્થાનો નથી. સારણગાંઠની સરખામણીમાં તો વધરાવળ ઘણો સાદો રોગ છે.

વધરાવળ કંઈ સારણગાંઠની જેમ નાની મોટી થયા કરતી નથી. તે છતાંયે જ્યારે સારણગાંઠ સરકીને છેક ગોળી સુધી નીચે જતી હોય ત્યારે એનો દેખાવ ઘણી વાર વધરાવળ જેવો જ લાગે છે. આમ અમુક સંજોગોમાં સારણગાંઠ ને વધરાવળ દેખાવમાં સરખાં લાગતાં હોવાથી દર્દીઓ કોઈ વાર સારણગાંઠને વધરાવળ તો કોઈ વાર વધરાવળને સારણગાંઠ માનવાની ભૂલ કરી બેસે છે.

વધરાવળ પણ ગમે તે ઉંમરે થાય છે. નાના બાળકોમાં પણ તે જોવા મળે છે. બહુ નાના બાળકોમાં ક્યારેક તે એમ ને એમ મટી જાય છે, પણ ક્યારેક

વધતી જાય કે સારણગાંઠ અને વધરાવળ બેય સાથે હોય ત્યારે એને વિશે ઑપરેશનની દિશામાં વિચાર કરવો પડે છે.

કંઈ કારણ મળતું નથી

મોટે ભાગે તો વધરાવળ જાણે કંઈ પણ કારણ વિના જ થઈ આવી હોય તેવું બને છે. એમાં એકબે ઔંસથી માંડીને એકબે લીટર સુધી પાણી ભરાઈ શકે છે અને એવડા જુદાજુદા કદની વધરાવળ જોવા મળે છે.

કંઈક કારણસર ગોળીઅને એની થેલી વચ્ચે પેદા થતું પાણી શોષાતું નથી અને ત્યાં જમા થયા કરે છે. ક્યારેક ગોળીના કોઈ રોગને કારણે, દાખલા તરીકે ચેપ, ક્ષય, કૅન્સરની ગાંઠ વગેરેને કારણે, પણ વધારે પાણી પેદા થાય છે અને કોથળીમાં પાણી વધી જાય છે. આવા થોડાક જ કિસ્સાઓ બાદ કરતાં મોટે ભાગે તો કંઈ કારણ મળતું નથી.

મોટે ભાગે ઑપરેશન

નાની વધરાવળ હોય તો એનું પાણી ખેંચીને કે કોથળીમાં દવા નાખીને એને મટાડી શકાય છે. પણ મોટે ભાગે તો મોટી વધરાવળનું ઑપરેશન કરીને, પાણીની થેલીનું બહારનું પડ કાઢી નાખવામાં આવે ત્યારે જ એ મટે છે.

અંતમાં એટલું કહું કે સારણગાંઠ હોય કે વધરાવળ હોય– એને સંઘરી કે સંતાડી રાખશો નહીં, કે એના ઉપર આડાઅવળા નુસખા અજમાવશો નહીં. બંનેની સાથે પ્રજનનના અવયવો સંકળાયેલા છે એટલે સમયસર સાચી સલાહ મેળવી લેશો.

બારમા વર્ષમાં (૧૯૭૦ માં) પ્રગટ થનારી પુસ્તિકાઓ

* દલપતરામ–સુધારાનો માળી	મૂળશંકર મો. ભટ્ટ
* પ્રવાસી પંખીઓ	વિજયગુપ્ત મૌર્ય
* ગોવર્ધનરામ	મનસુખલાલ ઝવેરી
* રિઝર્વ બૅન્ક શું છે?	પી. જી. પેંઢારકર
* રોજ કરવાની કસરતો	ડૉ. મહેરવાન ભમગરા
* વડા પ્રધાનનું પદ	નગીનદાસ સંઘવી
* બર્ટ્રાન્ડ રસેલ	ગગનવિહારી મહેતા
* સસ્તો પોષક આહાર	ચંદુલાલ પ્ર. દવે
* ઍનેસ્થિઝિયા શું છે?	ડૉ. ઇન્દુલાલ ડગલી
* ચોથી યોજનાનો મર્મ	નરોત્તમ શાહ
* અમેરિકા જતાં પહેલાં	કાંતિલાલ કાલાણી
* શિક્ષણનું માધ્યમ	કાંતિભાઈ વ્યાસ
* કવિ બોટાદકર	ઈશ્વરલાલ દવે
* વિજ્ઞાનના સીમાડા–૧૯૭૦	મનુભાઈ મહેતા
* પ્રાણીઓની નાતજાત	સરદાર વિજય
* સ્વામીનારાયણ સંપ્રદાય	હરીન્દ્ર દવે
* આર્થિક ઇમારતનો પાયો	વાડીલાલ ડગલી
* સારણગાંઠ અને વધરાવળ	ડૉ. ભાનુ ર. શાહ
બિયાફ્રા	નારાયણ પિલે
હૃદયરોગ (કોરોનરી હાર્ટ ડિઝીઝ)	ડૉ. એ. ટી. સામાણી
સ્ટેટ બૅન્ક	આર. કે. તલવાર
ઇન્કમટૅક્સ	નટવરલાલ શાહ
રશિયા	રવિશંકર મહેતા
ભારત ઇજનેરી ઉદ્યોગો	મનુભાઈ શાહ

* ફૂદડીવાળી પુસ્તિકાઓ પ્રગટ થઈ ગઈ છે.

દર મહિને બે પુસ્તિકાઓ પ્રગટ થાય છે. એક પુસ્તિકાની છૂટક કિંમત ૬૦ પૈસા.
વાર્ષિક લવાજમ ૧૨ રૂપિયા (પરદેશમાં ૨૪ શિલિંગ).

પરિચય ટ્રસ્ટ, બૉમ્બે મ્યુચ્યુઅલ ચેમ્બર્સ, ચોથે માળે,
૧૯/૨૧, હમામ સ્ટ્રીટ, મુંબઈ–૧. ટે. નં. ૨૫૪૦૫૯



ભાનુકુમાર રતિલાલ શાહનો જન્મ પહેલી જુલાઈ ૧૯૩૧ના દિવસે સૌરાષ્ટ્રમાં આવેલા લખતર ગામે થયો હતો. માધ્યમિક શાળાની કેળવણી સૌરાષ્ટ્રનાં જુદાં જુદાં ગામોમાં લઈ, છેટ્ટી અંગ્રેજીથી એમ. બી. બી. એસ સુધીનો અભ્યાસ તેમણે અમદાવાદમાં કર્યો.

૧૯૫૬માં એમ. બી. બી. એસ થઈ થોડા વખતમાં જ તેઓ ઇંગ્લૅન્ડ ગયા. ૧૯૬૦માં ડૉ. શાહે લંડનમાં એફ. આર. સી. એસ. ની ડિગ્રી મેળવી સાડાછ વર્ષ સુધી ઇંગ્લૅન્ડની જુદી જુદી હૉસ્પિટલોમાં કામ કરી સર્જરીની જુદી જુદી શાખાઓનો અનુભવ લઈ, જેનીટો યુરીનરી સર્જરી (પેશાબ અને જનનેન્દ્રિય રોગો માટેની શસ્ત્રક્રિયા)ના નિષ્ણાત બની ૧૯૬૩માં તેઓ પાછા ફર્યા.

એમણે વધરાવળ (હાઇડ્રોસીલ) પર સંશોધન કરીને એના ઉપચાર માટે એક નવું ઑપરેશન યોજ્યું છે ઇંગ્લૅન્ડના વિખ્યાત મેડિકલ જર્નલ 'લૅન્સેટ' માં એ વિષેનો એમનો લેખ છપાયો હતો.

અત્યારે તેઓ મુંબઈમાં કન્સલ્ટિંગ પ્રેક્ટિસ કરે છે અને ભાટિયા જનરલ હૉસ્પિટલ તથા બૉમ્બે હૉસ્પિટલમાં ઑનરરી સર્જન અને યુરોલૉજિસ્ટ તરીકે કામ કરે છે

કૉલેજના અભ્યાસ દરમિયાન ઘણી વાર્તાઓ અને એકાંકી નાટકો એમણે પ્રગટ કરેલાં અને ઑલ ઇન્ડિયા રેડિયોનાં સંખ્યાબંધ નાટકોમાં ભાગ લીધેલો.

એમણે 'ઑપરેશનનો ડર નકામો છે,' 'પથરી', 'તંદુરસ્તીની સમસ્યા' 'પ્રોસ્ટેટની બીમારી', 'કિડનીના રોગો' અને 'કૅન્સર મટી શકે છે' એ પરિચય પુસ્તિકાઓ લખી છે.

એમણે ઇંગ્લૅન્ડના વસવાટ દરમિયાન પશ્ચિમ યુરોપનો પ્રવાસ કર્યો હતો. મેડિસિન અને સર્જરી એ બે એમના મુખ્ય શોખ છે

૧૯૫૮માં તેમણે કલા શાહ સાથે લગ્ન કર્યું એમને ત્રણ સંતાન છે: મિલિંદ, શિલ્પા અને મોનાલ.